Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,*
*Welzijn en Sport*

# Klinische revalidatie op weg naar verdere professionalisering

Utrecht, maart 2016

# Inhoud

# Voorwoord

Voor patiënten die na een ongeval, of bijvoorbeeld een beroerte weer opnieuw moeten leren lopen, of juist moeten leren omgaan met hun beperkingen is de revalidatiesector van grote individuele maar ook maatschappelijke waarde. In de revalidatiecentra wordt dan ook belangrijk werk verricht . De laatste jaren neemt ook in deze sector de complexiteit van zorg toe, omdat ziekenhuisopnames korter duren en patiënten dus eerder naar de revalidatiecentra ontslagen worden. De revalidatiecentra vormen bij uitstek een onderdeel van een zorgketen, hetgeen goede afstemming en samenwerking vraagt.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetste de kwaliteit van zorg in de klinische medisch specialistische revalidatiecentra. Aanleiding voor dit onderzoek waren risico's die de inspectie signaleerde die ook in de algemene ziekenhuizen voorkomen, zoals het voorschrijven, toedienen en beheren van medicatie, medische technologie, dossiervoering en samenwerking. De klinische revalidatie wordt daarnaast gekenmerkt door een langere ligduur wat specifieke risico's met zich mee kan brengen, zoals infecties en decubitus. Tenslotte waren de calamiteitenmeldingen bij de inspectie reden om de klinische revalidatiecentra te toetsen.

De inspectie was aangenaam verrast door de positieve op kwaliteit gerichte houding van de revalidatiecentra en de wil om te verbeteren. In veel gevallen was de komst van de inspectie al aanleiding om de werkwijzen kritisch tegen het licht te houden.

De inspectie constateerde dat op een aantal specifieke onderdelen duidelijke verbetering nodig was. Ik kijk met vertrouwen naar de revalidatiesector en verwacht dat zij binnen redelijke termijn voldoen aan alle randvoorwaarden voor goede zorg. Zo kunnen patiënten gezond vertrouwen hebben in de klinische revalidatie in Nederland.

Dr. J.A.A.M (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

# Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetste de klinische medisch specialistische revalidatie in 2015. De inspectie bezocht hiervoor in het voorjaar van 2015 alle 21 locaties waar klinische revalidatie werd geleverd en toetste op randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de revalidatiecentra op de meeste onderdelen voldeden aan de randvoorwaarden. Op de onderdelen 'Goed bestuur', 'dossier-voering', 'vrijheidsbeperkende maatregelen' en 'samenwerking' voldeden bijna alle instellingen aan de randvoorwaarden. Op een aantal thema's signaleerde de inspectie risico's voor de patiëntveiligheid. Dit betrof in de eerste plaats de beperkte implementatie van het convenant 'Veilige toepassing medische technologie'. In dit convenant is geregeld op welke wijze medische apparatuur wordt geïntroduceerd, onderhouden en of voldaan wordt aan scholingsvereisten van medewerkers.

Een tweede risico ziet de inspectie in de infectiepreventie. Patiënten die opgenomen worden, worden onvoldoende gescreend op MRSA en BRMO. Daarnaast dienen de revalidatiecentra beter zicht te hebben op de schoonmaak van patiënten- en behandelruimte. Ook hadden een aantal revalidatiecentra onvoldoende zicht op de vaccinatiestatus van medewerkers tegen hepatitis B.
Een derde risico signaleerde de inspectie in de medicatieveiligheid. In verschillende revalidatiecentra werd verlopen medicatie aangetroffen en was de opiatenregistratie en opslag niet goed genoeg geregeld. Voorafgaand aan het onderzoek was de verwachting van de inspectie dat de revalidatiecentra beter zouden scoren op de onderwerpen infectiepreventie en medicatieveiligheid, omdat de risico's die hieraan verbonden zijn al langer bekend zijn in de zorg.

Tijdens en na de bezoeken merkte de inspectie dat de sector direct aan de slag is gegaan met de bevindingen van de inspectie. Dat geldt ook voor de branche en de wetenschappelijke vereniging, die de risicovolle onderwerpen convenant medische technologie en infectiepreventie sectorbreed hebben opgepakt.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In Nederland wordt klinische medisch specialistische revalidatie aangeboden door negentien revalidatiecentra verspreid over eenentwintig locaties (bijlage 1). Deze revalidatiecentra leveren klinische en poliklinische revalidatie. In 2013 werden in totaal 4.623 patiënten opgenomen in één van deze centra en werd aan 68.400 patiënten poliklinische revalidatiezorg verleend. In revalidatiecentra leren patiënten na ziekte of ongeval wat hun mogelijkheden zijn voor het hervatten van werk, vrijetijdsbesteding en dagelijkse activiteiten. Dit vormt de essentie van het werk dat in de revalidatiecentra plaatsvindt.
Bijna alle ziekenhuizen in Nederland hebben een afdeling voor poliklinische revalidatie, vaak in nauwe samenwerking met één van de revalidatiecentra.

*Risico's*
Patiënten worden vanuit het ziekenhuis steeds eerder overgeplaatst naar een revalidatiecentrum om aan hun herstel te werken. Dat betekent dat steeds ziekere patiënten in een revalidatiecentrum worden opgenomen. Het betreft bijvoorbeeld patiënten met een nog niet gesloten wond, patiënten die nog niet goed zijn ingesteld op medicatie, of patiënten die beperkt zijn in hun zelfzorg mogelijkheden. Dat vraagt meer en intensievere zorgverlening van de revalidatiecentra en brengt grotere risico's met zich mee.

Net als bij de zorg in ziekenhuizen bestaan in de revalidatiecentra potentiële risico's voor patiëntveiligheid. Dat zijn bijvoorbeeld risico's op het ontstaan van infecties, vallen, medicatiefouten, of risico's bij het gebruik van medische hulpmiddelen. Dit kunnen incidenten of complicaties van de zorg zijn en zelfs calamiteiten.

Een revalidatiecentrum beschikt vanwege de relatief geringe omvang niet over de uitgebreide zorginfrastructuur en - faciliteiten die in elk algemeen ziekenhuis wel aanwezig zijn. Dit vraagt om goede afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden in het centrum en goede samenwerkingsafspraken met ziekenhuizen, apotheken en huisartsen om de kwaliteit van zorg in revalidatiecentra te kunnen waarborgen en risico's te beperken.
Naast de samenwerkingsafspraken op organisatieniveau, zijn samenwerkingsafspraken op patiëntniveau van belang. Bijvoorbeeld over het opnamebeleid van patiënten, de afstemming over de behandeling en duidelijke afspraken over medicatie bij opname en ontslag. Ook bij ontslag uit het revalidatiecentrum is een goede overdracht naar de volgende ketenpartner van wezenlijk belang om risico's in de zorg te verkleinen.

Deze potentiële risico's voor patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg zijn voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: de inspectie) aanleiding geweest om de klinische revalidatie te toetsen. De inspectie had niet eerder alle klinische revalidatiecentra onderzocht en besloot om de minimale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg te toetsen op basis van patiëntveiligheidsrisico's. De inspectie beperkte zich in dit onderzoek tot de klinische revalidatie bij volwassenen.

## 1.2 Onderzoeksvragen

Voor het toezicht op de klinische revalidatie bij volwassen patiënten formuleerde de inspectie de volgende vraagstellingen:

1 *In hoeverre voldoen de revalidatiecentra in Nederland aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg?*
2 *Welke van de getoetste (sub)onderdelen vormen de grootste risico's voor de patiëntveiligheid?*

## 1.3 Onderzoeksmethode en periode

*Voorbereiding*
De inspectie sprak met Revalidatie Nederland, de branche organisatie (verder: RN) en met de wetenschappelijke Vereniging van Revalidatie Artsen (verder: de VRA) over patiëntveiligheidsrisico's in de klinische revalidatie. RN en VRA deelden de mening van de inspectie dat een toetsing van de klinische revalidatie een bijdrage zou leveren aan de verbetering van kwaliteit van zorg.

In de verdere voorbereiding van het project werden de risico's geïnventariseerd die bij RN, de VRA en de inspectie bekend waren. De inspectie gebruikte hiervoor de kennis over patiëntveiligheidsrisico's in de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. Verder gebruikte de inspectie de indicatoren die door het veld ontwikkeld waren, de VMS thema's voor de sector, het HKZ schema en de informatie uit calamiteiten-meldingen. Deze inventarisatie van mogelijke risico's werd besproken met de besturen van RN en VRA en geprioriteerd naar de tien grootste risico's.

*Toetsingskader en bezoekinstrument*
De inspectie heeft voor deze tien onderwerpen de relevante richtlijnen en standaarden geïnventariseerd en met RN en VRA besproken in hoeverre deze als norm voor toetsing gebruikt konden worden (bijlage 2). Op basis van deze besprekingen ontwikkelde de inspectie een normenkader. De inspectie verbond daar vervolgens een beoordeling aan in het toetsingskader (bijlage 3). Dit toetsingskader werd door de inspectie vertaald naar een bezoekinstrument voor toetsing van de revalidatiecentra.

*Inspectiebezoeken*
In maart 2015 bezocht de inspectie één revalidatiecentrum als 'pilot'. Van april tot en met juni 2015 bezocht zij de overige twintig locaties waar klinische medisch specialistische revalidatie wordt aangeboden.

De bezoeken vonden plaats volgens een vast schema:
1 Opvragen informatie vooraf.
2 Documentenonderzoek.
3 Gesprek met de cliëntenraad.
4 Interview met de raad van bestuur.
5 Gesprek met revalidatieartsen.
6 Gesprek met verpleegkundigen.
7 Beoordelen laatste aanschafdossier van een medisch hulpmiddel.
8 Rondgang op een verpleegafdeling.
9 Dossieronderzoek van maximaal zes opgenomen patiënten.

*Rapporten individuele revalidatiecentra*
De inspectie stelde na ieder bezoek een conceptrapport op voor de instelling, waarin de resultaten en de beoordeling waren weergegeven. Deze conceptrapporten werden ter controle op feitelijke onjuistheden aan de raad van bestuur van het betreffende revalidatiecentrum voorgelegd. De revalidatiecentra kregen twee weken de tijd om eventuele feitelijke onjuistheden in de rapportage aan te geven. De inspectie vroeg om een onderbouwde reactie van een feitelijke onjuistheid, zodat gemotiveerd een score kon worden aangepast. De beoordeling werd gedaan op basis van de situatie die de inspectie aantrof ten tijde van het bezoek. Verbeteringen die na het bezoek werden gerealiseerd, vormden geen aanleiding om een score aan te passen.

De instellingen ontvingen in juli 2015 hun definitieve instellingsrapport met de conclusies en maatregelen, op het moment dat alle conceptrapporten waren omgezet in een definitief rapport. De inspectie deed dit om alle instellingen op eenzelfde manier te kunnen beoordelen op de verschillende risico’s.

# 2 Conclusies

In dit hoofdstuk staan de conclusies van dit onderzoek. De volgende vragen stonden centraal:

1 *In hoeverre voldoen de revalidatiecentra in Nederland aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg?*
2 *Welke van de getoetste (sub)onderdelen vormen de grootste risico's voor de patiëntveiligheid?*

In conclusie 2.1 wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 1. De conclusie die volgt uit onderzoeksvraag 2 is opgesplitst in zes deelconclusies, die corresponderen met de zes patiëntveiligheidsrisico's die door de inspectie zijn geconstateerd.

## 2.1 De revalidatiecentra voldeden op meeste onderdelen aan basale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg

De inspectie komt tot deze conclusie omdat de meeste revalidatiecentra op de onderdelen certificering, functioneren, goed bestuur, dossiervoering, vrijheidsbeperkende maatregelen en samenwerking voldeden aan de basale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg.

## 2.2 Patiëntveiligheidsrisico's bij het gebruik van medische technologie

De inspectie concludeert dat het convenant veilige toepassing van medische technologie onvoldoende is geïmplementeerd in de revalidatiecentra. De inspectie baseert deze conclusie op het ontbreken van een beheerssysteem bij een derde van de revalidatiecentra, het beperkte onderhoud van medische apparatuur, het niet registreren van scholing van personeel voor het gebruik van medische apparatuur en het ontbreken van aanschafdossiers met een prospectieve risico analyse bij vrijwel alle instellingen. De inspectie vindt dit onverantwoord voor een sector waarbij met veel apparatuur wordt gewerkt.

## 2.3 Infectiepreventie bewustzijn onvoldoende aanwezig

De inspectie komt tot deze conclusie omdat de risico inventarisatie MRSA/BRMO onvoldoende, of niet werd uitgevraagd.
Revalidatiecentra hebben daarnaast onvoldoende zicht op de schoonmaak van patiënten-, en behandelruimten en hebben dit onvoldoende geborgd. Tenslotte zijn niet alle revalidatiecentra voldoende op de hoogte van de beschermingsgraad van verpleegkundigen en artsen tegen hepatitis B. De inspectie vindt het gebrek aan infectiepreventie bewustzijn zorgelijk en is verrast dat dit thema niet is geborgd.

## 2.4 Meer aandacht nodig voor medicatieveiligheid

Niet alle revalidatiecentra beschikten over een elektronisch voorschrijfsysteem, verlopen medicatie werd aangetroffen, de medicatie werd niet altijd juist bewaard en de opiatenregistratie klopte niet altijd. De inspectie vindt het risicovol dat een basisonderwerp als medicatieveiligheid niet is geborgd in de revalidatiecentra.

## 2.5 Basismedische zorg onvoldoende ingevuld en daardoor risicovol

De inspectie concludeert dat in het veld onduidelijk is wat basismedische zorg inhoudt. Omdat een uitwerking van BMZ ontbreekt, zijn de leerdoelen en eindtermen niet helder en zijn de scholingsvereisten niet aanwezig. Dit is risicovol voor de patiënten die zijn aangewezen op BMZ.

## 2.6 Leren van complicaties en verpleegkundige screeningen kan beter

Revalidatiecentra registreerden geen complicaties, anders dan de complicaties bij spasmebehandeling en decubitus. Risico inschattingen en screeningen op onderwerpen als risico op vallen, op delier en op ondervoeding waren onvoldoende geïmplementeerd. Als gevolg hiervan werd de informatie op instellingsniveau onvoldoende gebruikt om de zorg te evalueren en verbeteren. De inspectie vindt dit een gemiste kans.

# 3 Handhaving

De inspectie heeft naar aanleiding van haar bezoeken onderstaande maatregelen genomen en doet de volgende aanbevelingen aan de wetenschappelijke vereniging en de brancheorganisatie.

## 3.1 Verbeteren onderdelen die afwezig of aanwezig scoorden

De inspectie heeft de revalidatiecentra bij het verzenden van het definitieve instellingsrapport in juli 2015 verzocht om de onderdelen waarop 'afwezig' en 'aanwezig' gescoord werd te verbeteren. De centra kregen hiervoor zes maanden de tijd en moesten de inspectie vóór 1 januari 2016 rapporteren over de verbeteringen. De inspectie heeft reacties van de instellingen ontvangen en toetst deze verbeteringen bij een aantal revalidatiecentra in het risico toezicht.

## 3.2 Aanbevelingen aan brancheorganisatie en wetenschappelijke vereniging

Aansluitend bij de conclusies uit hoofdstuk drie, formuleert de inspectie de volgende aanbevelingen aan de brancheorganisatie en de wetenschappelijke vereniging.

*Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen:*

1. Werk uit wat basismedische zorg inhoudt in de revalidatiecentra, welke scholingseisen en leerdoelen daarbij passen om de patiëntveiligheidsrisico's op dit onderwerp tot een minimum te beperken.
2. Formuleer een sectorbrede afspraak over wat van artsen en verpleegkundigen in de revalidatiecentra verwacht mag worden op het gebied van reanimatie. Kom tot eenduidige scholing en leerdoelen.
3. Inventariseer complicaties die voor kunnen komen in de revalidatiecentra en wat specifieke complicaties in deze sector zijn. Maak afspraken over de registratie van deze complicaties en de wijze van bespreken en leren hiervan.

*Revalidatie Nederland:*

1. Werk het convenant veilige toepassing medische technologie nader uit voor de revalidatiesector en biedt het veld handvatten om tot een goede implementatie van het convenant te komen.
2. Scherp het screeningsbeleid voor MRSA en BRMO aan en werk daarin uit wat minimumeisen zijn voor risico inschatting en screening van patiënten. Maak voor de andere onderdelen op infectiepreventie gebied gebruik van de voorsprong die ziekenhuizen hebben op dit onderwerp.
3. Bespreek de relevantie van verpleegkundige screeningen met V&VN voor de revalidatiecentra en implementeer deze in de klinische revalidatie.

De inspectie heeft geen toezichtbevoegdheden naar RN en VRA en kan om die reden geen termijn verbinden aan de genoemde aanbevelingen. De inspectie verzoekt RN en VRA om deze aanbevelingen op te volgen vóór 1 juli 2016. Na die datum zal de inspectie de individuele instellingen aanspreken op het voldoen aan de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg op deze onderdelen.

In september 2015 organiseerde de inspectie een 'invitational conference' om de resultaten van het onderzoek te delen met het veld en te bespreken wat verbeterd moest worden. RN en VRA pakten op aandringen van de inspectie drie onderwerpen met voorrang op, die gedeeltelijk aansluiten op de hierboven geformuleerde aanbevelingen. Dit waren de implementatie van het convenant veilige toepassing van medische technologie, de uitwerking van BMZ en de eisen die de revalidatie-

sector daaraan stelt en tenslotte infectiepreventiebeleid. De inspectie onderschrijft het belang van een sectorbrede aanpak van deze onderwerpen om deze goed te implementeren.

# 4 Resultaten inspectieonderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inspectiebezoeken aan de 21 locaties voor klinische revalidatie beschreven. De inspectie toetste de klinische revalidatie op basale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg op de volgende tien thema's:

1 Certificering en veiligheidsmanagementsysteem (VMS).
2 Functioneren.
3 Goed bestuur.
4 Incidenten, complicaties en calamiteiten.
5 Infectiepreventie.
6 Medicatieveiligheid.
7 Convenant Veilige toepassing Medische Technologie (CMT).
8 Dossiervoering patiëntenzorg.
9 Vrijheidsbeperkende maatregelen.
10 Samenwerking en overdracht.

Dit hoofdstuk bevat per thema de resultaten in een aparte paragraaf. Iedere paragraaf begint met het belang of risico van het thema, gevolgd door de resultaten. Deze zijn weergegeven in een figuur en worden besproken. Op de X-as in de figuur is het aantal revalidatiecentra weergegeven, op de Y-as staan de onderdelen die werden getoetst. Tenslotte bespreekt de inspectie eventuele aanvullende resultaten op het thema.

De inspectie heeft alle thema's gescoord op basis van een vierpuntsschaal: 'afwezig', 'aanwezig', 'operationeel', of 'geborgd' (bijlage 4). De inspectie beschouwt 'afwezig' en 'aanwezig' als onvoldoende en 'operationeel' en 'geborgd' als voldoende. Op enkele onderdelen was alleen een score 'afwezig' of 'operationeel' mogelijk. Daar waar dit het geval was, is dit opgenomen in de figuur.

## 4.1 Certificering en VMS

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht zorginstellingen om hun eigen kwaliteit te bewaken, beheersen en verbeteren. De Kwaliteitswet is per 1 januari 2016 opgegaan in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorgsector (WKKGZ). Omdat ten tijde van het onderzoek van de inspectie de Kwaliteitswet nog van kracht was, spreekt de inspectie in het vervolg van dit rapport over de Kwaliteitswet. De Kwaliteitswet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een zorginstelling moet voldoen:

1 Leveren van verantwoorde zorg
2 Beleid gericht op kwaliteit
3 Het opzetten van een kwaliteitssysteem
4 Het opstellen en publiceren van een jaarverslag.

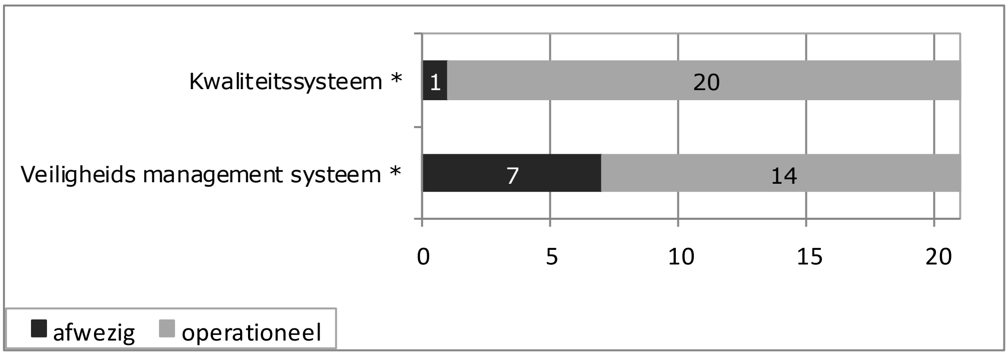
De inspectie toetste de klinische revalidatie op de aanwezigheid van een gecertificeerd kwaliteitssysteem. HKZ ontwikkelde in 2009 een specifiek certificatieschema voor de medisch specialistische revalidatie. Ook andere certificatieschema's werden gebruikt om de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem aan te tonen.

In 2011 benoemde de sector, in navolging van de ziekenhuizen, vijf VMS (veiligheidsmanagementsysteem) thema's om de patiëntveiligheid te bevorderen.

De inspectie toetste of deze vijf VMS thema's waren geïmplementeerd. Dit betreft de thema's medicatieveiligheid, technologie, infectiepreventie, basis medische zorg (BMZ) en het melden van incidenten.

### 4.1.1 *Resultaten certificering en VMS*

In figuur 1 staan de resultaten voor de aan- of afwezigheid van certificering en de implementatie van het VMS.

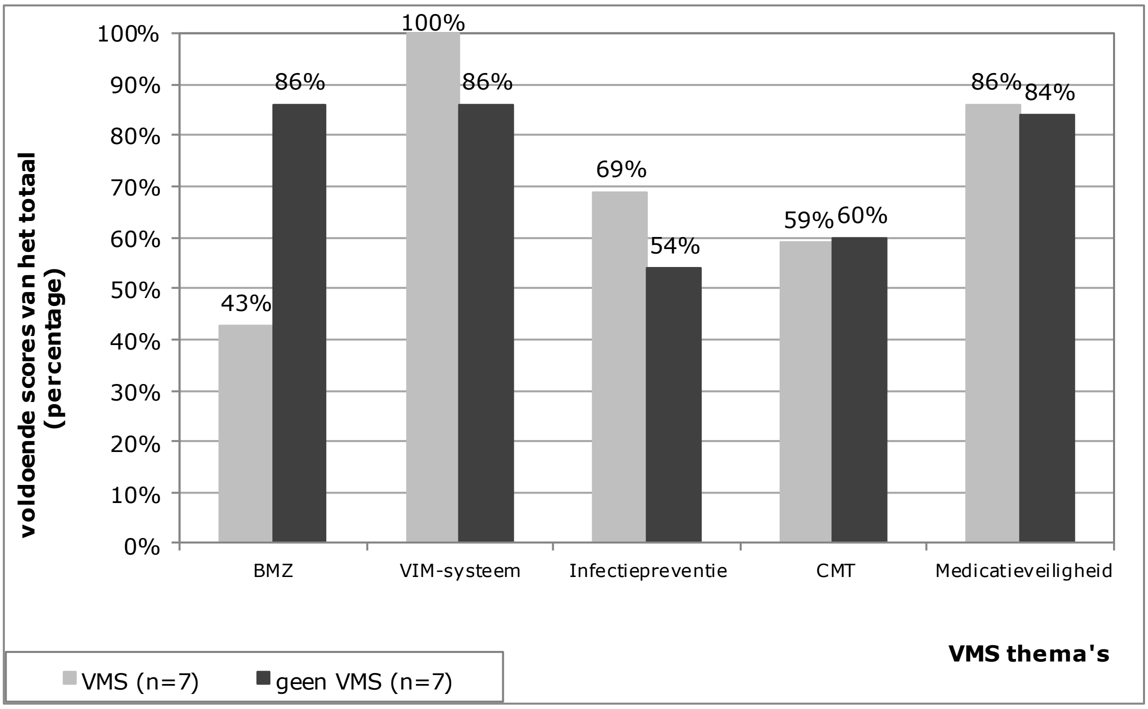



*Figuur 1: uitkomsten onderdeel accreditatie, N= 21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord.*

Vrijwel alle (20) revalidatiecentra bleken over een HKZ certificaat te beschikken. Eén centrum gaf aan bezig te zijn met een Joint Commission International (JCI) accreditatie.
Veertien revalidatiecentra gaven aan dat zij de vijf VMS thema’s hadden geïmplementeerd. Acht van deze veertien revalidatiecentra beschikten over een gecertificeerd VMS. Omdat certificering geen norm was, heeft de inspectie dit niet beoordeeld en daarom niet in de figuur opgenomen. Zeven revalidatiecentra gaven aan nog bezig te zijn met de implementatie.

### 4.1.2 *Overige resultaten certificering en VMS*

In figuur 2 geeft de inspectie de vijf VMS thema’s weer. In de figuur is het percentage voldoende score van het totaal te behalen scores op deze thema’s opgenomen, van centra die wel en niet het VMS gecertificeerd hadden. De zeven revalidatiecentra die het VMS wel hadden geïmplementeerd, maar nog niet gecertificeerd, zijn niet opgenomen in deze figuur omdat de inspectie het verschil tussen wel of geen certificaat wil laten zien. Uit de grafiek blijken geen grote verschillen tussen gecertificeerde revalidatiecentra en centra die de VMS thema’s nog niet geïmplementeerd hadden op de onderwerpen CMT en medicatieveiligheid. Op de onderwerpen infectiepreventie en VIM scoorden de revalidatiecentra die het met VMS hadden geïmplementeerd, beter dan de revalidatiecentra die het VMS nog niet hadden geïmplementeerd. Voor BMZ scoorden de instellingen die het VMS nog niet hadden geïmplementeerd beter dan de centra die dat wel hadden gedaan.




*Figuur 2: percentage voldoende scores op de VMS-thema's van revalidatiecentra die VMS niet hadden geïmplementeerd en VMS-gecertificeerde revalidatiecentra.*

## 4.2 Functioneren

Zorgverlening door onbekwaam personeel is een direct risico voor de patiëntenzorg. Het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) heeft de competenties voor de revalidatiearts vastgelegd en verbindt hieraan de vereisten voor registratie en herregistratie. De wetenschappelijke vereniging (VRA) heeft dit uitgewerkt in een scholingsplan, waaraan revalidatieartsen dienen te voldoen. Revalidatieartsen die aan de vereisten van CCMS en de VRA voldoen, zijn bevoegd en bekwaam voor hun werkzaamheden.
Niet functioneren, of mogelijk disfunctioneren zijn gerelateerd aan patiëntveiligheids-risico's. Om die reden toetste de inspectie of revalidatiecentra een regeling hadden om disfunctioneren tijdig te signaleren en zo nodig aan te pakken. Een dergelijke regeling is opgenomen als vereiste in het beroepskader van de VRA.

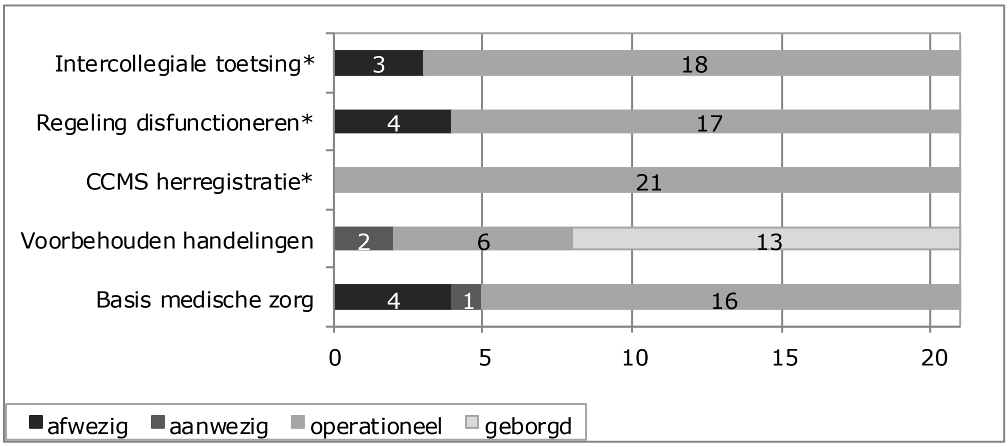
De wet BIG bepaalt dat voorbehouden (verpleegtechnische) handelingen alleen door bevoegde en bekwame verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd. Voorbehouden handelingen zijn potentieel risicovolle handelingen. Bij een niet correcte uitvoering daarvan zijn risico's voor patiëntveiligheid aanwezig. Vanwege dit risico nam de inspectie dit onderwerp op in haar toetsing.

Omdat patiënten enkele weken tot maanden opgenomen zijn voor hun revalidatie, moeten revalidatieartsen de zorg die normaal door een huisarts wordt verricht kunnen overnemen tijdens de opname. "*Revalidatieartsen moeten in staat zijn zorg op huisartsenniveau te leveren. Hierbij wordt verwacht dat zij specifieke richtlijnen volgen en zich scholen op dit gebied, onder andere door middel van structurele 'immediate life support training*', zo stelt de wetenschappelijke vereniging[a]. Deze basismedische zorg heeft de inspectie om die reden opgenomen in haar toetsing."

a Basismedische zorgverlening in revalidatie instellingen VRA, 2013

### 4.2.1 *Resultaten functioneren*

Figuur 3 geeft de scores weer op het onderdeel ‘functioneren’. Dit onderdeel bevatte vijf onderwerpen.




*Figuur 3: Score op het onderdeel functioneren, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord.*

In 18 van de 21 revalidatiecentra namen alle revalidatieartsen deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, zoals intervisiebijeenkomsten, of 360 graden feedback. Tien van de eenentwintig revalidatiecentra gaven aan dat ook verpleegkundigen deelnamen aan een vorm van intercollegiale toetsing.
In drie revalidatiecentra was geen systeem voor intercollegiale toetsing beschikbaar. Twee van deze centra gaven aan dat ze daarnaast bezig waren met de implementatie van het IFMS.

De inspectie toetste of de revalidatiecentra beschikten over een regeling disfunctioneren, waarin beschreven staat hoe revalidatiecentra omgaan met potentieel disfunctioneren. Zeventien revalidatiecentra voldeden hieraan, vier revalidatiecentra beschikten niet over een vastgestelde regeling disfunctioneren.

De inspectie toetste of alle instellingen over een scholingsplan beschikten voor revalidatieartsen op basis van de vereisten van CCMS voor herregistratie. Dat was in alle eenentwintig revalidatiecentra het geval.

De inspectie toetste of schriftelijk was vastgelegd welke voorbehouden handelingen in het revalidatiecentrum voorkwamen, wie voor welke handelingen bekwaam was en hoe voorbehouden handelingen werden gesuperviseerd. Dertien revalidatiecentra hadden de bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen en de supervisie hierop geregistreerd. Twee revalidatiecentra beschikten over een dergelijk overzicht, maar hieruit was niet af te leiden, wie voor welke handeling bekwaam was.

Van de 21 revalidatiecentra beschikten 16 over een actueel overzicht waarin te zien was welke revalidatieartsen geschoold waren op het onderdeel ‘basis medische zorg’ (BMZ). Eén revalidatiecentrum beschikte niet over dit overzicht. Vier revalidatiecentra konden niet aantonen dat alle revalidatieartsen geschoold waren op BMZ. Alle revalidatieartsen gaven aan recent (< 1 jaar geleden) te zijn geschoold op het onderdeel ‘reanimatie’.

### 4.2.2 *Overige resultaten functioneren*

Alle revalidatieartsen en verpleegkundigen gaven aan te participeren in een multidisciplinair overleg (MDO). Uitkomsten van de MDO's werden in alle revalidatiecentra genotuleerd en per patiënt vastgelegd in het patiëntendossier.

In bijna alle revalidatiecentra werd visite gelopen. De inspectie constateerde een variatie in vorm en frequentie van de visites. Bij de meeste revalidatiecentra (n=15) werd wekelijks visite gelopen door de revalidatiearts. Hierbij gaven twee revalidatiecentra aan dat dit een papieren visite betrof. Bij één revalidatiecentrum werd de visite door een algemeen arts gedaan, maar werden de patiënten voorafgaand met een revalidatiearts besproken. Twee revalidatiecentra deden tweewekelijkse visites. Tenslotte gaven twee revalidatiecentra aan driemaal per week visite te lopen en één centrum gaf aan dagelijks visite te lopen.

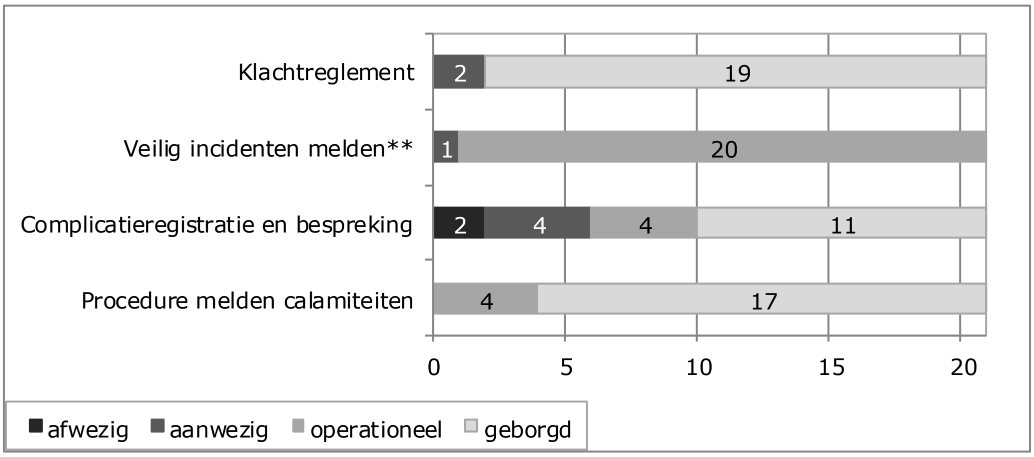
Het ontbreekt aan een omschrijving wat onder BMZ moet worden verstaan. In de bezoeken trof de inspectie verschillende omschrijvingen hiervoor aan en merkte de inspectie dat hier geen consensus over bestaat in het veld.

## 4.3 Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten

De Wet Klachtrecht Cliëntenzorgsector (WKCZ, sinds 1 januari 2016 opgegaan in de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorgsector) verplicht alle zorginstellingen om een klachtreglement te hebben. De standaard in de zorgsector is daarnaast om incidenten en complicaties in de zorg te melden en analyseren om verbetering in de zorg te realiseren. De inspectie beoordeelde of revalidatiecentra beschikten over een klachtreglement, een incidentmeldingsprocedure en een complicatieregistratie om optimaal te kunnen leren van klachten, incidenten en complicaties. Risico's die op basis van deze informatie worden geïdentificeerd, kunnen door de instelling worden gebruikt om de zorg te verbeteren.

### 4.3.1 *Resultaten klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten*

De inspectie geeft in figuur 4 de scores weer op het onderdeel 'Klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten'. Dit thema bestaat uit vier onderdelen.




*Figuur 4: Scores op het thema klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten N=21. Op het onderdeel gemarkeerd met ** kon geen geborgd gescoord worden.*

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) stelt dat iedere zorginstelling over een klachtreglement dient te beschikken, dat aan bepaalde criteria voldoet. De meerderheid van de revalidatiecentra beschikte over een reglement dat de afgelopen drie jaar geëvalueerd was en scoorde daarmee 'geborgd' op dit onderdeel.

Twee revalidatiecentra scoorden op dit onderdeel ‘aanwezig’, omdat het niet duidelijk was hoe de patiënten werden geïnformeerd over dit klachtenreglement. Bijna alle revalidatiecentra rapporteerden over ontvangen klachten in een klachtenjaarverslag, één instelling bleek niet te beschikken over een klachtenjaarverslag.

In alle revalidatiecentra was een digitaal systeem voor het melden van (bijna) incidenten aanwezig. Dit systeem werd in alle revalidatiecentra door zowel de revalidatieartsen als verpleegkundigen gebruikt voor het doen van incident-meldingen. Incidentmeldingen werden geaggregeerd en kwamen terug in de kwartaalrapportages aan het bestuur. In twee revalidatiecentra was het systeem van melden nog onvoldoende geïmplementeerd, zij scoorden daarom ‘aanwezig’.

Van de 21 revalidatiecentra registreerden 19 centra complicaties in de zorg. Daarbij gaven de meesten aan dat het om de door RN verplichte complicatieregistratie ging, bij het gebruik van Botox of Fenol voor de behandeling van spasmen en de registratie van decubitus. Registratie van andere complicaties zijn door de VRA niet verplicht en werden niet geregistreerd. Van deze negentien revalidatiecentra, bespraken vijftien de complicaties op basis van de registratie centraal om ervan te leren en trends te signaleren. Elf van deze vijftien revalidatiecentra vertaalden de uitkomsten naar verbeteracties en scoorden geborgd.

Alle revalidatiecentra beschikten over een procedure voor het melden van calamiteiten bij de inspectie. In zeventien revalidatiecentra was deze regeling in de afgelopen drie jaar herzien en zij scoorden daarmee ‘geborgd’.

#### *4.3.2 Overige resultaten klachten, incidenten, complicaties en calamiteiten*

Niet alleen hadden alle revalidatiecentra een klachtreglement, alle revalidatiecentra beschikten tevens over een klachtenfunctionaris.

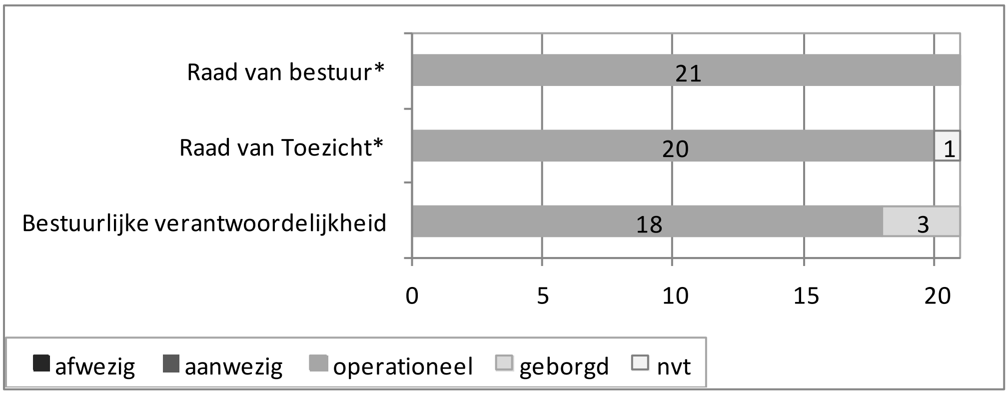
In de bezoeken sprak de inspectie met revalidatieartsen ondermeer over complicaties in de zorg. Er werden geen andere complicaties dan de verplicht te registreren complicaties genoemd. De revalidatieartsen gaven aan dat zich geen of weinig complicaties voordoen in de revalidatiezorg.

### 4.4 Goed bestuur

Voor goede en veilige patiëntenzorg zijn goed bestuur, verantwoording en goed (intern) toezicht belangrijke randvoorwaarden. ‘Brancheorganisaties zorg’ hebben in 2010 de zorgbrede ‘governance code’ geactualiseerd en aangescherpt. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en RN hebben de governance code onder-tekend. De governance code zet aan tot nadenken over het eigen functioneren van een organisatie en de wijze van bestuur en toezicht. De code bevordert verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering. Een aantal aspecten uit de code is daarom getoetst in dit onderzoek.

### 4.4.1 *Resultaten goed bestuur*

In figuur 5 zijn de resultaten weergegeven voor goed bestuur. Dit thema bestaat uit drie onderdelen.




*Figuur 5: Score ten aanzien van het thema Goed bestuur, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord.*

In alle revalidatiecentra was de portefeuille kwaliteit en veiligheid belegd bij (een lid van) de raad van bestuur en stond kwaliteit en veiligheid op de agenda voor het overleg met het stafbestuur. Twintig revalidatiecentra gaven aan veiligheidsrondes op bestuurlijk niveau uit te voeren op het onderdeel kwaliteit en veiligheid.

Twintig revalidatiecentra beschikten over een onafhankelijke raad van toezicht. Bij één instelling was dit onderdeel 'niet van toepassing'. Dit kwam omdat het revalidatiecentrum onderdeel was van een bredere organisatie met een andere verantwoordingsstructuur. Een aparte raad van toezicht aanvullend daarop was niet nodig omdat taken en verantwoordelijkheden in deze andere structuur voldoende geborgd waren.
Bij achttien van de eenentwintig revalidatiecentra stond kwaliteit en veiligheid ook bij de raad van toezicht op de agenda. Dertien revalidatiecentra gaven aan dat de raad van toezicht beschikte over een auditcommissie Kwaliteit.

Het onderdeel bestuurlijke verantwoordelijkheid besloeg de informatie waarover de bestuurder beschikte om te kunnen sturen op kwaliteit en veiligheid. Alle bestuurders gaven aan te beschikken over stuurinformatie en deze te gebruiken om te sturen op kwaliteit en veiligheid. Deze informatie bestond bij de meeste revalidatiecentra uit een kwartaaloverzicht van (bijna) incidentmeldingen, klachten, informatie uit veiligheidsrondes en indicatoren. Bij de meeste revalidatiecentra werd deze informatie niet in combinatie met elkaar gebruikt. Een enkel revalidatiecentrum beschikte over een digitaal dashboard.

### 4.4.2 *Overige resultaten goed bestuur*

De inspectie sprak in alle revalidatiecentra met een vertegenwoordiging van de cliëntenraad. De cliëntenraden bestonden in veel gevallen uit voormalig patiënten of uit mensen met een familielid die in een revalidatiecentrum was opgenomen (geweest). In het gesprek met de cliëntenraden kwam de samenwerking met de raad van bestuur aan de orde en hoe de cliëntenraad zicht hield op de wensen van de patiënten. Van de eenentwintig cliëntenraden hadden negentien een vast overlegmoment met de raad van bestuur, in zestien gevallen met een vaste agenda. Deze negentien cliëntenraden werden geïnformeerd over de voortgang van punten die zij hadden aangedragen. Zeven cliëntenraden hadden ook een apart overleg met

de medische staf. Negentien van de eenentwintig cliëntenraden maakten een jaarverslag.
De cliëntenraden hadden wisselende strategieën om geïnformeerd te worden over de wensen van patiënten. Enquêtes werden gebruikt, maar ook spreekuren en rondes over de afdeling.

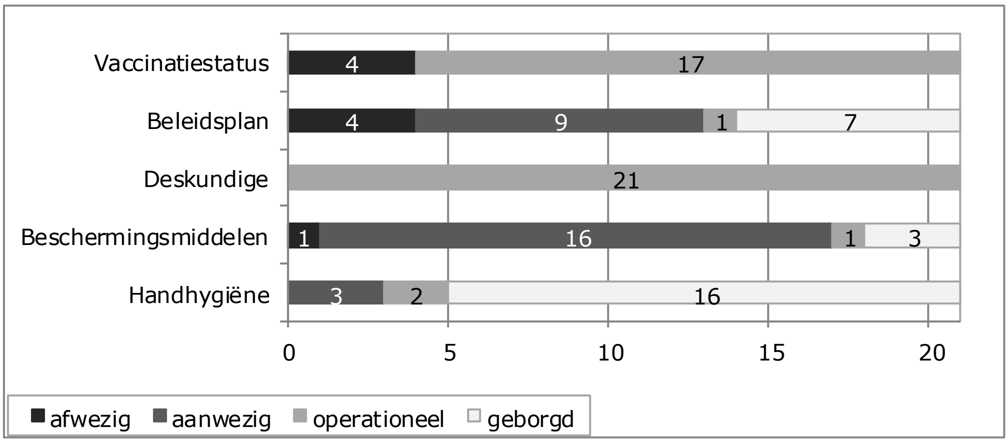
## 4.5 Infectiepreventie

Infectiepreventie en patiëntveiligheid zijn direct aan elkaar verbonden. Het niet naleven van infectiepreventie maatregelen kan leiden tot een verhoogde ziektelast en het oplopen van een (zorg) infectie. Het uitvoeren van risico-inventarisatie MRSA/BRMO vóór opname en adequate infectiepreventiemaatregelen tijdens het verblijf zijn essentieel om dergelijke risico's te beperken. Vanwege deze risico's heeft de inspectie het thema infectiepreventie uitgebreid beoordeeld in dit onderzoek.

Om te voorkomen dat patiënten geïnfecteerd raken met hepatitis B, of dat medewerkers risico lopen in de zorgverlening is het van belang dat revalidatiecentra op de hoogte zijn van de hepatitis B vaccinatiestatus van verpleegkundigen en artsen. Wanneer artsen en verpleegkundigen niet of onvoldoende zijn beschermd, moet de instelling vaccinatie aanbieden. Medewerkers zijn niet verplicht tot vaccinatie. Het revalidatiecentrum moet hier wel van op de hoogte zijn, zodat bij blootstelling andere beschermende maatregelen kunnen worden genomen.

### *4.5.1 Resultaten infectiepreventie*

In figuur 6 zijn de resultaten op het thema 'infectiepreventie' weergegeven. Dit thema bestond uit vijf subonderdelen.




*Figuur 6: Score ten aanzien van het thema Infectiepreventie, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord.*

Van de 21 revalidatiecentra waren 17 revalidatiecentra op de hoogte van de vaccinatiestatus van het personeel. Vier revalidatiecentra hadden geen overzicht van de vaccinatiestatus van (klinisch werkzame) artsen en verpleegkundigen. Vaccinatie van artsen en verpleegkundigen dient volgens de richtlijn gecontroleerd te worden met een titerbepaling, om 'non' of 'low responders' te identificeren. Bij de zeventien revalidatiecentra met een overzicht was deze titerbepaling niet altijd gedaan.

In het onderdeel beleidsplan werd getoetst of revalidatiecentra beschikten over een actueel beleidsplan Infectiepreventie. Het beleidsplan werd getoetst op de aanwezigheid van een risico-inventarisatie op MRSA en BRMO en of deze was

geïmplementeerd op de afdeling(en). Alle revalidatiecentra bleken te beschikken over een beleidsplan Infectiepreventie. Bij zeventien revalidatiecentra was de risico-inventarisatie MRSA en BRMO opgenomen in dit beleidsplan en bij acht hiervan was de uitvoering van deze risico-inventarisatie MRSA en BRMO terug te vinden in de patiëntendossiers.

Aan alle revalidatiecentra was een infectiepreventie deskundige verbonden, in de meeste gevallen door ‘inhuur’ uit een ziekenhuis.

Het onderdeel ‘Beschermingsmiddelen’ bestond uit drie onderdelen: de aanwezigheid van een protocol ‘Persoonlijke Beschermingsmiddelen’; het dragen van dienstkleding; en de aanwezigheid van een schoonmaaklijst waarop genoteerd stond welke ruimten wanneer waren schoongemaakt. Vier revalidatiecentra voldeden op al deze onderdelen. Twintig revalidatiecentra beschikten over een protocol ‘Persoonlijke Beschermingsmiddelen’ en scoorden daarmee minimaal ‘aanwezig’ op dit onderdeel. Eén revalidatiecentrum had het protocol aantoonbaar geïmplementeerd en scoorde ‘operationeel’. Nog eens drie revalidatiecentra hadden het niet alleen geïmplementeerd maar het ook geëvalueerd. Dit leverde deze drie centra een ‘geborgd’ score op.

In geen van de revalidatiecentra werden medewerkers gezien met hand- of polssieraden en in bijna alle revalidatiecentra werd correcte dienstkleding gedragen. In één revalidatiecentrum werd helemaal geen dienstkleding gedragen, in twee revalidatiecentra droegen de verpleegkundigen alleen een uniformjasje. Zestien revalidatiecentra hadden geen systeem waaruit bleek of, wanneer en welke ruimten, waren schoongemaakt.

In achttien revalidatiecentra beschikten alle patiënten-, behandel- en spoelruimten over adequate voorzieningen voor het reinigen van de handen in overeenstemming met de richtlijnen van de werkgroep infectiepreventie (WIP).

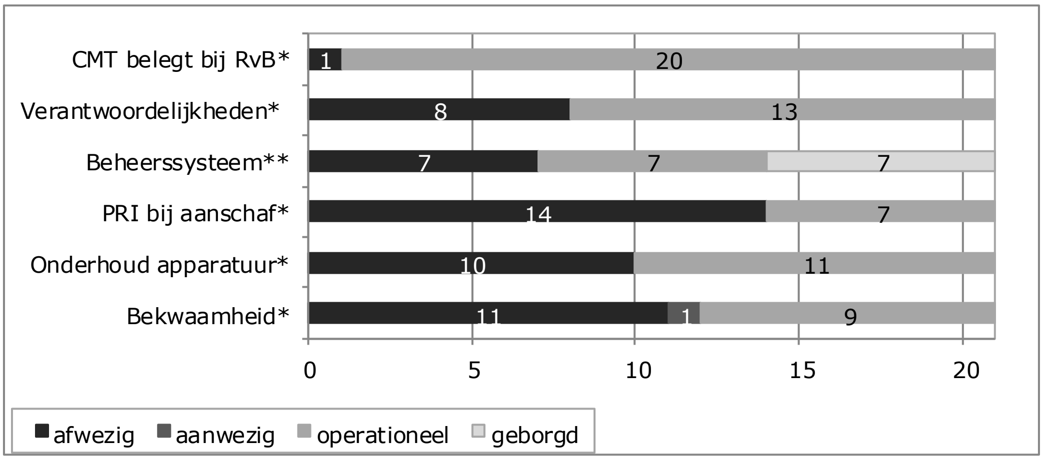
## 4.6 Medische technologie

In 2011 ondertekende RN het convenant ‘Veilige Toepassing van medische technologie’ (CMT), samen met de NVZ en de NFU. Het convenant was een rechtstreeks gevolg van een calamiteit met medische technologie op de operatiekamer van een ziekenhuis. Onder het CMT valt medische apparatuur zoals een tillift, infuuspomp, of looprobot maar ook disposables zoals katheters en infusen. Het CMT maakt onderscheid in verschillende risicoklassen. Een infuuspomp bijvoorbeeld, is de hoogste risicoklasse, een pleister is de laagste risicoklasse. Het CMT beschrijft de borging van de veiligheid van medische technologie tijdens de invoeringsfase, gebruiksfase en afstotingsfase. In al deze fasen zijn risico’s aanwezig die door het CMT geadresseerd worden. Ook in revalidatiecentra zijn deze risico’s voor de patiëntveiligheid aanwezig en worden dezelfde eisen gesteld als in ziekenhuizen.

De inspectie toetste ook dit onderwerp op basale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. De inspectie toetste dit aan de hand van een aanschafdossier van een recent aangeschaft medisch hulpmiddel. Daarbij keek de inspectie alleen naar een aanschafdossier van hoogrisico apparatuur. Niet alle revalidatiecentra hadden überhaupt een aanschafdossier van een medisch hulpmiddel, zoals bedoeld in het CMT. De inspectie beoordeelde dan het beleid, indien dat wel beschikbaar was.

### 4.6.1 *Resultaten medische technologie*

In Figuur 7 zijn de resultaten op het thema Medische Technologie weergegeven. Dit thema bestond uit zes onderdelen afkomstig uit het CMT.




*Figuur 7: Scores ten aanzien van het thema Medische Technologie, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord. Op het onderdeel aangegeven met ** kon geen aanwezig gescoord worden.*

Het CMT legt de verantwoordelijkheid bij de raad van bestuur vanwege de verschillende aspecten en betrokkenen binnen een instelling bij het onderwerp. Bijna alle revalidatiecentra (20) hadden de (eind)verantwoordelijkheid voor het CMT expliciet belegd bij (een lid van) de raad van bestuur. Eén instelling had deze verantwoordelijkheid bij de materialencommissie neergelegd, dit voldeed niet aan het CMT en de inspectie beoordeelde dat als onvoldoende.

Dertien van de eenentwintig revalidatiecentra hadden de verantwoordelijkheid voor aanschaf, introductie, onderhoud, beheer, gebruik van medische technologie en eventuele reservecapaciteit bij falen in een protocol opgenomen en verantwoordelijken hiervoor aangewezen. Acht revalidatiecentra voldeden hier nog niet aan, soms omdat dit nog niet was belegd, of omdat de verschillende verantwoordelijkheden en taken slechts gedeeltelijk werden belegd.

Veertien revalidatiecentra hadden een beheerssysteem waarin alle medische technologie opgenomen was. Uit dit beheerssysteem waren de onderhoudsstatus, eventuele storingen en de onderhoudscontracten per medisch hulpmiddel inzichtelijk. Zeven van deze veertien scoorden 'geborgd' op dit onderdeel omdat het beleid was geëvalueerd en opgenomen in de kwaliteitscyclus. Bij zeven revalidatiecentra was geen beheerssysteem aanwezig, of was dit nog in ontwikkeling.

Zeven revalidatiecentra konden een prospectieve risico analyse (PRI) tonen bij het aanschafdossier. Inventariserend vroeg de inspectie naar de investeringsbeslissing om tot aanschaf over te gaan en in hoeverre relevante disciplines werden betrokken bij deze beslissing. Tien van de eenentwintig revalidatiecentra hadden een investeringsbeslissing opgenomen in het aanschafdossier en betrokken relevante disciplines bij het aanschaftraject. Negen revalidatiecentra vulden daarbij ook een pakket van eisen in. Negen van de eenentwintig revalidatiecentra hadden een opleidingsplan voor het gebruik van medische technologie.

De inspectie controleerde op de afdeling(en) of apparatuur werd onderhouden en of dat onderhoud tijdig werd uitgevoerd. Bij tien revalidatiecentra werden één of meerdere apparaten aangetroffen zonder onderhoudssticker of bleek dat één of meerdere apparaten achterstallig onderhoud vertoonden. Opvallend was dat in vijf revalidatiecentra die over een beheerssysteem voor onderhoud van apparatuur beschikten, apparatuur werd aangetroffen die toch niet tijdig was onderhouden.

Negen revalidatiecentra hadden een registratie per medewerker van bevoegdheid en bekwaamheid voor het gebruik van medische apparatuur. Bij twaalf revalidatiecentra was een dergelijke registratie niet voor handen en was het niet duidelijk welke medewerker bekwaam was voor het gebruik van bepaalde medische apparatuur.

## 4.7 Medicatieveiligheid

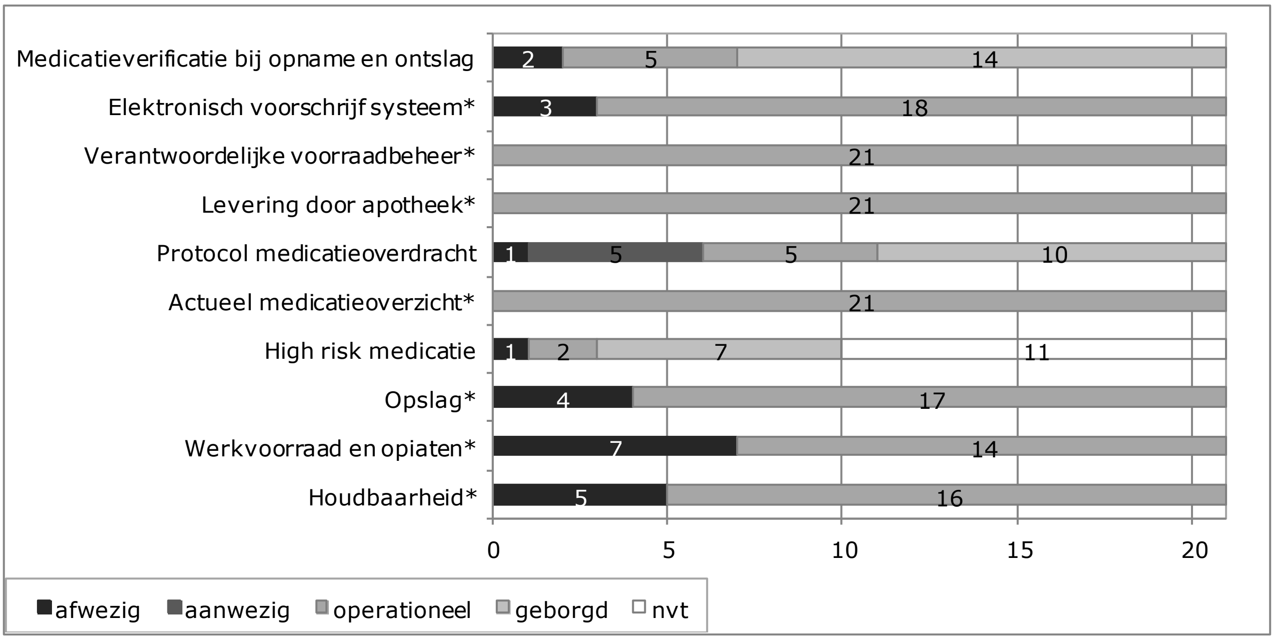
Het gebruik van medicijnen is niet zonder gevaar en kan grote patiëntveiligheidsrisico's met zich meebrengen. Bereiding, gebruik en toediening van medicatie is daarom vervat in richtlijnen en protocollen om deze risico's tot een minimum te beperken. Medicatieveiligheid is een punt van aandacht in de zorg en voor de inspectie reden om dit thema ook te toetsen in dit onderzoek naar de revalidatiecentra.

Om medicatiefouten te voorkomen moet er aandacht zijn voor het hele medicatieproces. Dit proces start met de medicatieverificatie bij opname in afstemming met de patiënt. De revalidatiearts moet in beeld hebben welke medicatie de patiënt gebruikt op het moment van opname en tijdens de opname beschikken over een actueel medicatieoverzicht dat actuele wijzigingen laat zien. Dit actuele overzicht moet ook bekend zijn bij de verpleegkundigen die de medicatie klaarmaken en toedienen. Wanneer hiervoor een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) gebruikt wordt, kan men er in principe van op aan dat iedereen beschikt over hetzelfde overzicht en dat signalering optreedt bij interacties. Er moet een verantwoordelijke aangewezen zijn voor het bewaken van de medicatievoorraad.

Daarnaast moet de medicatieopslag accuraat zijn, medicatie die koel bewaard moet worden moet in een koelkast met temperatuurlog staan, zodat inzichtelijk is of medicatie steeds bij de juiste temperatuur is bewaard. De opslag en het beheer van opiaten moeten veilig zijn. Er moet voldoende ruimte zijn om medicatie te kunnen bereiden en verpleegkundigen moeten elkaar bij de bereiding en bij het toedienen van 'high risk' medicatie aan de patiënt controleren ('dubbelcheck'), ter voorkoming van fouten en/of verwisselingen. In het onderzoek beoordeelde de inspectie het medicatieoverzicht van patiënten in het dossier, het gebruik van een elektronisch voorschrijfsysteem, of verantwoordelijkheden juist waren belegd en werd de medicatiekamer(s) in elk centrum bezocht.

### 4.7.1 *Resultaten medicatieveiligheid*

Figuur 8 geeft de score weer op het onderdeel ‘Medicatieveiligheid’.




*Figuur 8: Score ten aanzien van het thema Medicatieveiligheid, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord. Op het onderdeel aangegeven met ** kon geen aanwezig gescoord worden.*

In veertien revalidatiecentra was voor alle patiënten bij opname een medicatieoverzicht aanwezig, dat geverifieerd was in samenspraak met de patiënt. Vijf revalidatiecentra gaven aan wel voor alle patiënten te beschikken over een medicatieoverzicht, maar dat dit niet altijd geverifieerd was met de patiënt. Twee revalidatiecentra beschikten niet over een medicatieoverzicht voor alle patiënten.

Vrijwel alle revalidatiecentra gaven aan te beschikken over een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), zoals de richtlijn ‘Elektronisch voorschrijven’ van de KNMG vereist sinds 1 januari 2014. In drie revalidatiecentra was nog geen EVS geïmplementeerd, één van hen gaf aan het EVS op 1 juli 2015 te implementeren.

Alle revalidatiecentra gaven aan dat medicatie betrokken werd van één apotheek en dat een verantwoordelijke aangewezen was voor beheer en opslag van medicatie. Meestal betrof dit een apothekersassistente van de leverende apotheek, of een verpleegkundige van de afdeling.

Twintig revalidatiecentra beschikten over een protocol voor de overdracht in de keten, bij tien revalidatiecentra was het protocol geïmplementeerd en in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. Zij scoorden daarmee geborgd. Vijf revalidatiecentra hadden een protocol en hadden dit protocol geïmplementeerd en scoorden ‘operationeel’. Vijf andere centra hadden dit protocol nog niet geïmplementeerd zij scoorden daarmee ‘aanwezig’. Eén centrum gaf aan niet te beschikken over een dergelijk protocol.

Elke zorgverlener dient over een actueel medicatie overzicht van de patiënt te beschikken, alle revalidatiecentra voldeden hieraan.

Bereiding van 'high risk medicatie' (medicatie toegediend via een injectie of infuus) kwam niet veel voor in de revalidatiecentra. Elf revalidatiecentra gaven aan dat zij geen high risk medicatie bereidden of verstrekten en zij scoorden op dit onderdeel daarom 'niet van toepassing'. Tien revalidatiecentra gaven aan zelf 'high risk medicatie' klaar te maken voor toediening. Zeven revalidatiecentra die high risk medicatie klaarmaakten voor toediening deden dat veilig.
Medewerkers waren bekend met de inhoud van het protocol voor toediening gereedmaken (VTGM-protocol). Het protocol was actueel en de revalidatiecentra beschikten over adequate werkruimtes voor het bereiden van high risk medicatie. Bij de bereiding en voor toediening vond een dubbelcheck plaats.
Bij twee revalidatiecentra was het protocol 'high risk' medicatie niet actueel, de inspectie beoordeelde dat als aanwezig. Bij één centrum was de dubbelcheck niet opgenomen in het protocol en werd geen dubbelcheck bij toediening uitgevoerd. De inspectie beoordeelde dat als afwezig.

De opslag van medicatie was bij zeventien revalidatiecentra naar behoren, wat wil zeggen dat de opslag overzichtelijk was, het *'First in, First out'* principe gehanteerd werd, de datum van openen stond vermeld op geopende verpakkingen en oplosmiddelen en de temperatuur van de koelkast voor gekoelde medicatie verifieerbaar bewaakt werd met een logmodule. Bij de revalidatiecentra die afwezig of aanwezig scoorden op dit onderdeel was dit bij de meeste revalidatiecentra te wijten aan het ontbreken van een registratie/logmodule voor het bewaken van de temperatuur van de koelkast.

De meeste revalidatiecentra beschikten over een werkvoorraad die qua assortiment aan de definitie van een werkvoorraad voldeed, dat wil zeggen nodig voor de medische behandelingen ter plekke en voor noodsituaties. In een enkel geval werd medicatie aangetroffen van patiënten die niet meer in het revalidatiecentrum verbleven. In alle gevallen werd de werkvoorraad in een afsluitbare opslaglocatie bewaard.

Opiaten werden door de meeste revalidatiecentra in een medicatiekluis opgeslagen. De sleutel van de kluis werd regelmatig in de directe nabijheid van de kluis bewaard. Bij één centrum bleek de opiatenregistratie niet te kloppen. Bij één centrum lagen de opiaten niet afgesloten, ontbrak de registratie en waren opiaten in eigen beheer van patiënten. In deze risicovolle situatie droeg de inspectie de instelling direct op deze onveilige situatie op te heffen. De inspectie toetste dit met een herhaalbezoek.

In vijf revalidatiecentra werd bij een steekproef medicatie aangetroffen, waarvan de uiterste houdbaarheidsdatum was overschreden.

#### *4.7.2 Overige resultaten medicatieveiligheid*

Soms was bij opname van een patiënt geen actueel medicatieoverzicht beschikbaar van het ziekenhuis waar patiënt vandaan kwam. In diverse revalidatiecentra moest daarom regelmatig nagebeld worden met het ziekenhuis.

Bij enkele revalidatiecentra bestond onduidelijkheid over de definitie van 'high risk' medicatie en was niet duidelijk welke medicatie hieronder viel. De revalidatiecentra die 'high risk' medicatie zelf voor toediening gereed maakten, gaven aan dat dit niet vaak voorkwam.

### 4.8 Dossiervoering

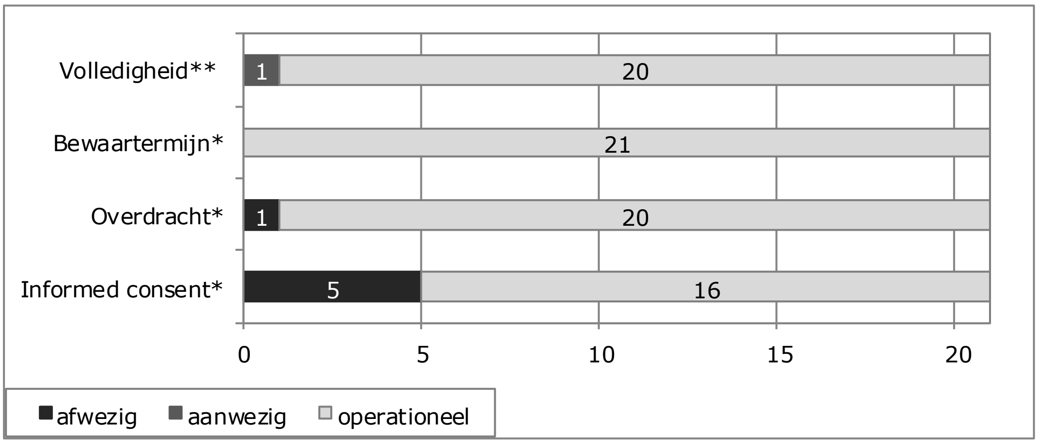
Patiënten komen meestal vanuit een ziekenhuis naar een revalidatiecentrum. Ook na ontslag uit het revalidatiecentrum hebben de meeste patiënten nog zorg nodig.

Duidelijke en volledige dossiers zijn van belang om de zorgverlening in deze verschillende fasen goed op elkaar te laten aansluiten. Bij de behandeling betrokken zorgverleners moeten kunnen beschikken over een actueel en compleet patiënten-dossier. Voor de patiënt moet duidelijk zijn wie de behandelaar is. Met de patiënt moet besproken zijn welke behandeling plaatsvindt en hiervoor geeft de patiënt toestemming (ook wel informed consent). Dit informed consent moet in het dossier staan.

Een niet volledig en niet actueel dossier bij overdracht en een patiënt die niet goed op de hoogte is van zijn of haar behandeling vormen risico's voor de behandeling van de patiënt. De inspectie toetste daarom dit onderwerp.

### 4.8.1 *Resultaten dossiervoering*

Figuur 9 geeft per centrum de score weer van het onderdeel 'Dossiervoering'. De inspectie beoordeelde in de revalidatiecentra tijdens het bezoek dossiers van maximaal zes patiënten die op dat moment opgenomen waren. Het thema dossiervoering omvatte vier onderwerpen.




*Figuur 9: Score ten aanzien van het thema Dossiervoering, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord. Op het onderdeel aangegeven met ** kon geen geborgd gescoord worden.*

De inspectie toetste de dossiers op volledigheid, dat wil zeggen of in alle dossiers de ziektegeschiedenis, persoonsgegevens, allergieën, hoofdbehandelaar, behandelplan en het actuele medicatieoverzicht waren opgenomen. Dit bleek bij twintig revalidatie-centra het geval. Bij één revalidatiecentrum werden de allergieën niet vastgelegd, waardoor de instelling 'aanwezig' scoorde.

Alle revalidatiecentra voldeden aan de wettelijke bewaartermijn voor patiënten-dossiers van 15 jaar.

De (interne) overdracht van taken en verantwoordelijkheden was bij twintig revalidatiecentra terug te vinden in het dossier. Dit bleek bij één revalidatiecentrum niet het geval te zijn.

Het 'informed consent' was bij zestien revalidatiecentra in alle dossiers aanwezig. De wijze waarop dit was opgenomen liep uiteen. Zo waren er revalidatiecentra die een apart formulier hadden dat door de patiënt was ondertekend. Maar het kwam ook voor dat in het behandelplan beschreven stond dat informed consent was besproken met de patiënt en de patiënt akkoord was. Bij wijzigingen in behandelbeleid werd in

sommige gevallen opnieuw informed consent gevraagd, dit was bij de meeste revalidatiecentra niet gebruikelijk. Bij vijf revalidatiecentra trof de inspectie bij één of meer dossiers geen 'informed consent' aan.

#### *4.8.2 Overige resultaten dossiervoering*

De inspectie beoordeelde in de dossiers of en hoe revalidatiecentra screenden op de risico's op vallen, ondervoeding, delier, decubitus en pijn. Screenen op risico's met behulp van verpleegkundige indicatoren maakt onderdeel uit van het behandelbeleid en geeft inzicht in mogelijke risico's voor de patiënt.

De inspectie zag in de dossiers bij achttien revalidatiecentra, dat gescreend werd op het risico op ondervoeding. Hierbij werd niet altijd een gevalideerd screenings-instrument gebruikt en vond de screening vaak alleen bij opname plaats. Ook waren er centra die alleen op indicatie een screeningsinstrument inzetten.

In ziekenhuizen is het sinds een aantal jaar gebruikelijk alle patiënten van 70 jaar en ouder een drietal vragen te stellen om zo het risico op delier te bepalen. Wanneer hier een risico uit volgt, wordt aanvullend de DOSS gebruikt om een delier vast te kunnen stellen. In revalidatiecentra werd dit nog niet structureel gedaan. Vier revalidatiecentra screenden op het risico op delier en zetten hiervoor direct een gevalideerd screeningsinstrument (DOSS) in. Door eerst met enkele vragen het risico te bepalen, kan op de kosten van screening bespaard worden.

Twaalf revalidatiecentra gaven aan pijn bij patiënten te meten met een gevalideerd instrument. Dit gebeurde vooral reactief als patiënten pijn aangaven. Een aantal revalidatiecentra gebruikte hiervoor de visuele analoge scale (VAS).

Tien revalidatiecentra screenden op verhoogd valrisico bij opname van een patiënt. In negen revalidatiecentra ontbrak een preventieve screening. In enkele centra werd door de fysiotherapeut beoordeeld of er sprake was van een verhoogd valrisico.

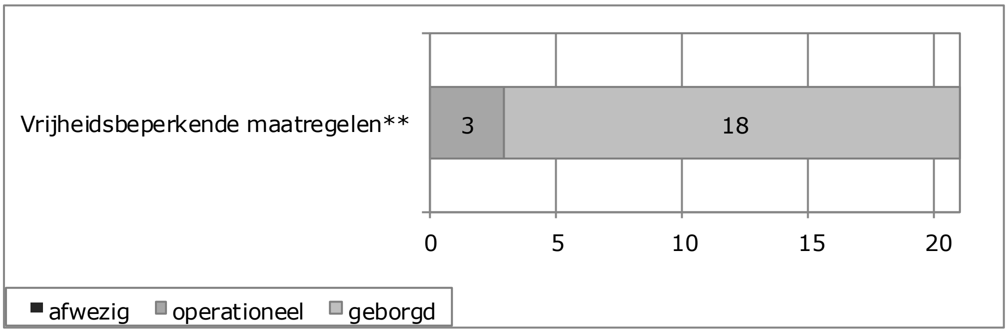
Twee revalidatiecentra gaven aan op alle vijf de risico's te screenen. Dit waren revalidatiecentra verbonden aan een ziekenhuis die deelnamen aan de screening van het ziekenhuis.

### 4.9 Vrijheidsbeperkende maatregelen

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is niet zonder risico voor de patiënt. De inspectie heeft naar aanleiding van calamiteiten met vrijheidsbeperkende maatregelen in andere sectoren hier uitgebreid aandacht aan besteed. Als gevolg hiervan wordt de Zweedse band niet meer gebruikt in de zorg. Ook maatregelen als het omhoog plaatsen van bedhekken, of het aanbrengen van dwaaldetectie raakt aan de bewegingsvrijheid van patiënten en valt onder de noemer vrijheidsbeperkende maatregelen. In het kader van patiëntrechtelijke aspecten en de risico's voor de patiëntveiligheid dient goed nagedacht te worden over de inzet van vrijheids-beperkende maatregelen.

*4.9.1 Resultaten vrijheidsbeperkende maatregelen*

Figuur 10 geeft de score weer van het onderdeel 'Vrijheidsbeperkende maatregelen'.




*Figuur 10: Score ten aanzien van het thema Vrijheidsbeperkende maatregelen. Op het onderdeel aangegeven met ** kon geen aanwezig gescoord worden.*

In dit onderdeel toetste de inspectie of revalidatiecentra beschikten over een beleidsplan waarin het preventieve en acute beleid voor de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen was vastgelegd. In alle revalidatiecentra was beleid aanwezig, gericht op zowel preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen als de inzet hiervan in een acute situatie. Van de eenentwintig revalidatiecentra hadden achttien centra dit beleid geëvalueerd en scoorde daarmee geborgd.

*4.9.2 Overige resultaten vrijheidsbeperkende maatregelen*

Inventariserend werd gevraagd welke maatregelen gebruikt werden en of het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen frequent voorkwam. Dit laatste bleek variabel, tien revalidatiecentra gaven aan regelmatig vrijheidsbeperkende maatregelen te gebruiken, elf revalidatiecentra gebruikten vrijwel nooit vrijheidsbeperkende maatregelen. De verklaring voor dit verschil ligt waarschijnlijk in de definitie van vrijheidsbeperkende maatregelen, niet in alle revalidatiecentra was duidelijk welke maatregelen onder deze definitie vielen. Vrijheidsbeperkende maatregelen die genoemd werden waren dwaaldetectie, bedhekken, tafelblad met/zonder schroef, camerabewaking en 1:1 bewaking. In één revalidatiecentrum was een Zweedse band aanwezig, maar deze werd niet meer gebruikt.

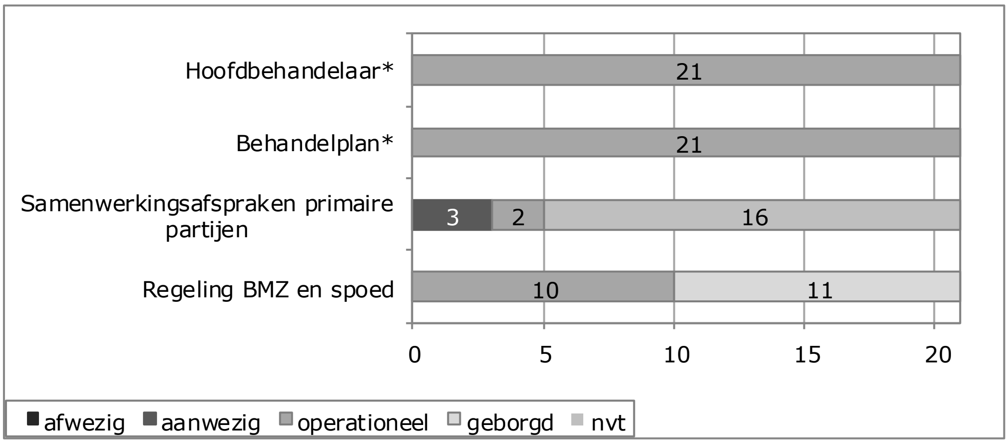
## 4.10 Samenwerking en overdracht

Samenwerking en overdracht zijn belangrijke ingrediënten voor veilige patiëntenzorg. Om continuïteit in de samenwerking te borgen is het belangrijk dat de samenwerkingsafspraken schriftelijk worden vastgelegd en helder zijn bij de verschillende partijen. Hiermee wordt voorkomen dat bij vertrek van een medewerker de samenwerking met een ketenpartner ophoudt en het voor nieuwe medewerkers niet duidelijk is wat van de samenwerking verwacht mag worden.

In dit onderdeel is getoetst of de hoofdbehandelaar voor alle patiënten bekend was, er voor iedere patiënt een behandelplan beschikbaar was, of er schriftelijke samenwerkingsafspraken waren met primaire partijen buiten het centrum en of BMZ gedurende 7 X 24 uur was geborgd.

### 4.10.1 *Resultaten Samenwerking en overdracht*

Figuur 11 geeft per centrum de score weer op het onderdeel samenwerking en overdracht.




*Figuur 11: Score ten aanzien van het thema, N=21. Op de onderdelen aangegeven met een * kon alleen afwezig of operationeel worden gescoord.*

In alle revalidatiecentra was het voor patiënten duidelijk wie de hoofdbehandelaar was en was de hoofdbehandelaar vermeld in de dossiers.
Tevens werd in alle revalidatiecentra het behandelplan in alle dossiers aangetroffen.

In zestien revalidatiecentra waren schriftelijke afspraken over samenwerking met primaire partijen buiten het centrum. Dit betrof bijvoorbeeld afspraken met consulenten, de ambulance, apotheek of de eerstelijn (huisartsen). In drie revalidatiecentra ontbraken dergelijke afspraken. In twee revalidatiecentra waren wel samenwerkingsafspraken, maar waren deze niet meer actueel of waren taken en/of verantwoordelijkheden niet in de overeenkomst opgenomen.

Het laatste onderdeel betrof de invulling van 24 uur per dag, zeven dagen per week BMZ en de regeling bij spoedsituaties. In alle revalidatiecentra was BMZ 24/7 georganiseerd, meestal was dat intern geregeld. Een aantal revalidatiecentra waren gelieerd aan een ziekenhuis en hadden BMZ en spoed via de SEH van het ziekenhuis geregeld.

### 4.10.2 *Overige resultaten samenwerking en overdracht*

De revalidatie-arts is de hoofdbehandelaar van een patiënt. De cliëntenraden in twee revalidatiecentra gaven echter aan dat dit voor de patiënt niet altijd duidelijk was, vooral wanneer meerdere specialismen als consulent betrokken waren bij de behandeling van de patiënt.

# 5 Beschouwing

De inspectie was aangenaam verrast door de open en op samenwerking gerichte houding van de revalidatiesector en de wil om verder te professionaliseren. Dit bleek ondermeer tijdens de bezoeken waar met enige regelmaat verbeteringstrajecten recent waren ingezet voor verschillende thema's.

De inspectie constateert dat de revalidatiecentra op verschillende onderwerpen een achterstand hebben ten opzichte van de ziekenhuizen. Dat heeft als voordeel dat de revalidatiecentra maximaal kunnen leren van de ziekenhuizen op deze onderwerpen en deze achterstand snel kunnen inlopen. Zoals in het rapport steeds benadrukt, heeft de inspectie de verschillende thema's getoetst op aanwezigheid van basale randvoorwaarden voor verantwoorde zorg. Na het bereiken van dit niveau zal de revalidatiesector zich verder kunnen professionaliseren.

*Regeling disfunctioneren*
Door de ziekenhuizen met zelfstandige maatschappen werd in het verleden een regeling disfunctioneren ontwikkeld, zodat bestuurders toch invloed hadden op het (niet) functioneren van medisch specialisten. In de revalidatiecentra zijn alle revalidatieartsen in loondienst en vallen daarmee hiërarchisch onder de bestuurder van het revalidatiecentrum. Een aparte regeling disfunctioneren zoals in het beroepskader van revalidatie artsen genoemd en door de inspectie getoetst, lijkt bij nader inzien niet nodig. De revalidatieartsen vallen onder de regeling in de CAO's en daarmee onder het algemene beleid gericht op functioneren en disfunctioneren van een instelling.

*Risico-inventarisatie MRSA en BRMO*
De inspectie constateerde dat revalidatiecentra vaak geen risico-inventarisatie MRSA/BRMO uitvoerden bij nieuwe patiënten, omdat vertrouwd werd op de inventarisatie in het ziekenhuis. Uit inspectie onderzoek in de ziekenhuizen bleek echter dat het risico op MRSA/BRMO bij veel patiënten niet of onvolledig geïnventariseerd wordt. Dit vraagt een proactieve houding van de revalidatiecentra om te voorkomen, dat patiënten met infecties zonder de juiste infectiepreventie maatregelen worden opgenomen.

*Convenant Medische Technologie*
De inspectie heeft de indruk gekregen dat veel revalidatiecentra recent waren begonnen met het onderwerp veilige toepassing van medische technologie en het doordenken van mogelijke consequenties voor de patiëntveiligheid. Deze indruk ontstond door de recente data op stukken en omdat veel revalidatiecentra op dit onderwerp nog niet voldeden aan de normen uit de richtlijn.

*Reanimatie*
Een onderdeel van BMZ is de scholing voor reanimatie. De inspectie constateerde verschillen tussen revalidatiecentra in het niveau waarop medewerkers werden geschoold. Soms was dat op een basisniveau (Basic Life Support, BLS), bij andere instellingen was dat op advanced Life Support (ALS) niveau. De vraag is of het wenselijk is dat tussen de revalidatiecentra verschillen bestaan in mogelijkheden voor reanimatie.

# 6 Summary

In 2015, the Health Care Inspectorate conducted an evaluation of medical rehabilitation clinics in the Netherlands. There are 21 locations at which specialist in-patient rehabilitation care services are provided. All were subject to an inspection visit during which compliance with the requirements for "responsible care" was assessed.

The results of the investigation indicate that the majority of rehabilitation centres met most requirements. Almost all were found to show satisfactory performance in the aspects of "Good management", "Record-keeping", "Use of restrictive measures" and "Cooperation". Nevertheless, the Inspectorate identified some risks to patient safety, most notably further to the incomplete implementation of the Medical Technology Covenant ("*Convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis*") which establishes guidelines and procedures for the introduction and maintenance of medical equipment, as well as the necessary staff training.

The Inspectorate also noted shortcomings in infection prevention procedures, again giving rise to risks. Patients were not adequately screened for MRSA and Multi-Drug Resistant Organisms (MDROs) on admission. Not all centres have implemented procedures to ensure that patient areas and treatment rooms are cleaned regularly and with the required degree of thoroughness. Some centres had failed to ascertain the hepatitis B vaccination status of their staff.

A further risk area identified by the Inspectorate is that of medication safety. Several rehabilitation centres were found to have expired medications in stock, while some lacked adequate facilities for storing opiates and failed to maintain the mandatory opiate registry.

Prior to this investigation, the Inspectorate had expected the rehabilitation centres to show somewhat better performance in infection prevention and medication safety, since the risks that shortcomings in these areas present have been well known for some time.

During and after its visits, the Inspectorate was gratified to note a prompt and proactive response to its findings. The individual centres have taken remedial action, while the sector as a whole and its (scientific) federation have once again devoted attention to the implementation of the guidelines on the use of medical technology and the protocols for infection prevention.

# Bijlage 1 Overzicht bezochte revalidatiecentra

1 Adelante
2 Heliomare
3 De Hoogstraat
4 Libra revalidatie, locatie Tilburg en Eindhoven
5 Merem de Trappenberg
6 MRC Aardenburg
7 Reade
8 Revalidatie Friesland
9 Revant, locatie Goes en Breda
10 Rijndam
11 Rijnlands revalidatiecentrum Leiden
12 RMC Groot Klimmendaal
13 Het Roessingh
14 Sint Maartenskliniek
15 Sophia revalidatie Den Haag
16 Tolbrug
17 UMC Groningen, Beatrixoord
18 ViaReva Apeldoorn
19 De Vogellanden, Zwolle

# Bijlage 2 Richtlijnen en veldnormen

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) 1996.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) 1993.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 1994.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) 1995.
- Wet op de Medische Hulpmiddelen 1970.
- Geneesmiddelenwet 2007.
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, KNMG, KNMP ea. 2008.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG 2010.
- Algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde, VRA 2012.
- Convenant Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis, NFU, NVZ, RN, 2011.
- Leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur (OMS, 2008).
- Leidraad Meldingen Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013.
- NEN 7510.
- NTA 8009. Veiligheidmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen, 2011.
- WIP richtlijnen.
- Richtlijnen revalidatie voor verschillende aandoeningen, zoals CVA, dwarslaesie.
- Standpunten van de volgende organisaties: de Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA), Revalidatie Nederland (RN), Nederlandse Vereniging van diëtisten (NVD) en de Werkgroep Infectie Preventie (WIP).

# Bijlage 3 Toetsingskader

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **1.1 Accreditatie: HKZ** | "Sinds 2009 gebruikt de revalidatiesector het certificatieschema Medische Specialistische Revalidatiezorg, dat normen stelt aan de kwaliteit in de revalidatiecentra en deze ook toetsbaar maakt". | Brancherapport 2011. Kwaliteitswet zorginstellingen | Het revalidatiecentrum beschikt niet over het HKZ-certificaat Medisch Specialistische Revalidatiezorg, of een vergelijkbare certificering. | - | Het revalidatiecentrum beschikt over een actueel HKZ-certificaat Medisch Specialistische Revalidatie-zorg, of een vergelijkbare certificering. | - |
| **1.2 Accreditatie: VMS** | "Om de veiligheid binnen de instellingen te waarborgen, zijn door Revalidatie Nederland in 2011 vijf speerpunten benoemd. Deze vijf elementen vormen de basis voor het VMS systeem". | Brancherapport 2011 | Het revalidatiecentrum heeft het VMS systeem niet (volledig) geïmplementeerd. | - | Het revalidatiecentrum heeft een VMS systeem dat (grotendeels) is geïmplementeerd in de organisatie. | - |
| **2.1 Functioneren: intercollegiale toetsing** | "De revalidatiearts neemt deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld de IFMS/360 graden feedback". | Algemeen beroeps-kader revalidatie-geneeskunde, Versie 2013 | Niet alle revalidatieartsen nemen deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld de IFMS, of360 graden feedback. | - | Alle revalidatieartsen nemen deel aan een vorm van intercollegiale toetsing, bijvoorbeeld IFMS, of 360 graden feedback. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **2.2 Functioneren: regeling disfunctioneren** | "De instelling heeft een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten". | Algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde, Versie 2013. Model reglement mogelijk disfunctioneren medisch specialisten | De instelling beschikt niet over een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten. | - | De instelling beschikt over een reglement met betrekking tot disfunctionerende medisch specialisten. | - |
| **2.3 Functioneren: scholingsplan** | "De revalidatie arts voldoet aan de competenties zoals vastgelegd door het CCMS en uitgewerkt in het scholingsplan van de VRA". | Algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde, 2013. | De revalidatie arts voldoet niet aan de competenties zoals vastgelegd door het CCMS en uitgewerkt in het scholingsplan van de VRA. | - | De revalidatie arts voldoet aan de competenties zoals vastgelegd door het CCMS en uitgewerkt in het scholingsplan van de VRA. | - |
| **2.4 Functioneren: voorbehouden handelingen** | Er is schriftelijk vastgelegd welke voorbehouden handelingen in het revalidatiecentrum voorkomen en wie voor welke handelingen bekwaam is. Ook is opgenomen hoe en door wie voorkomende voorbehouden handelingen gesuperviseerd worden. | Wet BIG | De instelling beschikt niet over een overzicht met daarin opgenomen welke voorbehouden handelingen voorkomen en wie voor welke handelingen bevoegd en bekwaam is. | De instelling beschikt over een overzicht met daarin opgenomen welke voorbehouden handelingen voorkomen, hierin is niet opgenomen wie voor welke handelingen bevoegd en bekwaam is. | De instelling beschikt over een overzicht met daarin opgenomen welke voor-behouden handelingen voorkomen en wie voor welke handelingen bevoegd en bekwaam is. | De instelling beschikt over een overzicht met daarin opgenomen welke voorbehouden handelingen voorkomen, wie voor welke handelingen bevoegd en bekwaam is en door wie voorbehouden handelingen gesuperviseerd worden. |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **2.5 functioneren: basismedische zorg (BMZ)** | "Revalidatieartsen moeten in staat zijn, zorg op huisartsen-niveau te leveren. Hierbij wordt verwacht dat zij specifieke richtlijnen volgen en zich scholen op dit gebied, onder andere door middel van structurele immediate life support training". | Basismedische zorgverlening in revalidatie instellingen VRA, 2013 | Niet alle revalidatieartsen zijn aantoonbaar geschoold op BMZ. | Alle revalidatieartsen zijn geschoold op BMZ. | Alle revalidatieartsen zijn geschoold op BMZ en de instelling beschikt over een overzicht waarin de scholing op BMZ voor alle medewerkers is opgenomen. | |
| **3.1 Omgaan met incidenten en calamiteiten: klachtreglement** | "De instelling heeft een klachtenreglement".<br><br>"De instelling heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten wordt geëvalueerd en de uitkomsten worden gebruikt om de resultaten te verbeteren". | Algemeen beroepskader revalidatiegeneeskunde,2013<br><br>WKCZ | De instelling heeft geen klachtenreglement. | De instelling heeft een klachtenreglement. | De instelling heeft een klachtenreglement en brengt dit actief onder de aandacht. | De instelling heeft een klachtenreglement en brengt dit actief onder de aandacht. Het reglement is in de afgelopen drie jaar geëvalueerd en uitkomsten worden gebruikt om de resultaten te verbeteren. |
| **3.2 Omgaan met incidenten en calamiteiten: VIM** | "De instelling heeft een systeem voor het melden van (bijna) incidenten". | Algemeen beroeps-kader revalidatie-geneeskunde, 2013 | De instelling heeft geen systeem voor het melden van (bijna) incidenten. | De instelling heeft een systeem voor het melden van (bijna) incidenten. | De instelling heeft een systeem voor het melden van (bijna) incidenten en dit is geïmplementeerd. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **3.3 Omgaan met incidenten en calamiteiten: complicatie-registratie en bespreking** | De instelling houdt een complicatieregistratie bij. De instelling bespreekt complicaties systematisch. | Brancherapport, 2011 | De instelling houdt geen complicatieregistratie bij. | De instelling houdt een complicatieregistratie bij. | De instelling houdt een complicatieregistratie bij en houdt complicatie-besprekingen. | De instelling houdt een complicatieregistratie bij en houdt complicatie-besprekingen. De resultaten van de bespreking worden vertaald in verbeteracties. |
| **3.4 Omgaan met incidenten en calamiteiten; melden calamiteiten** | "De instelling meldt calamiteiten onverwijld bij de inspectie". | Kwaliteitswet artikel 4a, Leidraad meldingen IGZ, 2013 | De instelling heeft geen regeling voor het melden van calamiteiten bij de inspectie. | - | De instelling heeft een regeling voor het melden van calamiteiten bij de inspectie. | De instelling heeft een regeling voor het melden van calamiteiten bij de inspectie en deze is in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. |
| **4.1 Governance: besturings-structuur** | De besturingsstructuur van de instelling is toegesneden op kwaliteit en veiligheid. | Zorgbrede governancecode, 2010 | De portefeuille kwaliteit en veiligheid in de instelling is niet belegd bij de raad van bestuur. | - | De portefeuille kwaliteit en veiligheid in de instelling is belegd bij de raad van bestuur. | - |
| **4.2 Governance: RVT** | De instelling beschikt over een onafhankelijke raad van toezicht. | SGZ 2009 | De instelling beschikt niet over een onafhankelijke raad van toezicht. | - | De instelling beschikt over een onafhankelijke raad van toezicht. | - |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **4.3 Governance: bestuurlijke verantwoordelijkheid, stuurinformatie** | "De bestuurder beschikt over stuurinformatie om te kunnen sturen op risico's mbt kwaliteit en veiligheid". | SGZ 2009 | De bestuurder beschikt niet over stuurinformatie om te kunnen sturen op risico's mbt kwaliteit en veiligheid. | De bestuurder beschikt over stuurinformatie op risico's. | De bestuurder beschikt over stuurinformatie op risico's mbt kwaliteit en veiligheid en gebruikt deze informatie om te sturen op kwaliteit en veiligheid. | De bestuurder beschikt over stuurinformatie op risico's m.b.t. kwaliteit en veiligheid, gebruikt deze informatie om te sturen op kwaliteit en veiligheid en evalueert de informatie periodiek. |
| **5.1 infectiepreventie: vaccinatiestatus** | Alle personen die beroepsmatig risico lopen moeten gevaccineerd zijn tegen hepatitis B en de titer bij deze personen moet bepaald zijn.<br><br>Het rapport 'Bescherming tegen hepatitis B' van oktober 1996, samengesteld door de Gezondheidsraad, noemt onder de categorie 'gezonde mensen' onder andere (para)medisch personeel als groep met een verhoogd risico. Dit risico neemt toe naarmate zich in de werkzaamheden vaker contact met bloed voordoet. | LCI protocol<br>Hepatitis B vaccinatie voor werkers in de gezondheidszorg, RIVM folder 2013. | De instelling is niet op de hoogte van de hepatitis B vaccinatiestatus en beschermingsgraad van de verpleegkundigen en artsen. | - | De instelling is op de hoogte van de hepatitis B vaccinatiestatus en beschermingsgraad van de verpleegkundigen en artsen. | |

**Definitief toetsingskader revalidatie centra**

| Onderwerp | Norm | Bron | Afwezig = norm ontbreekt | Aanwezig = norm aanwezig | Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd | Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **5.2 Infectiepreventie: beleidsplan** | "Instellingen beschikken over een beleidsplan infectie-preventie waarin ook het beleid voor MRSA is opgenomen". | Brancherapport 2011<br>WIP-richtlijn | Het revalidatiecentrum heeft geen beleidsplan infectiepreventie. | Het revalidatiecentrum heeft een schriftelijk beleidsplan infectiepreventie. | Het revalidatiecentrum heeft een beleidsplan infectiepreventie en dit is geïmplementeerd. | Het revalidatiecentrum heeft een beleidsplan infectiepreventie, dit plan is geïmplementeerd en in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. |
| **5.3 Infectie-preventie: deskundige** | Aan de instelling is een infectiepreventie deskundige verbonden. | | Het revalidatiecentrum heeft geen infectiepreventie deskundige kenni.s | | Het revalidatiecentrum heeft infectiepreventie deskundige kennis geborgd in de organisatie | |
| **5.4 Infectiepreventie: beschermingsmiddelen** | "Iedereen die patiëntgebonden werkzaamheden verricht óf werkzaamheden met patiëntenmateriaal uitvoert in klinisch verband, draagt werkkleding".<br><br>Werkkleding die over de eigen kleding wordt gedragen bedekt de eigen kleding tot op kniehoogte. | WIP richtlijn persoonlijke hygiëne 2008. | Het revalidatiecentrum heeft geen protocol voor persoonlijke beschermingsmiddelen. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol voor persoonlijke beschermingsmiddelen. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol voor persoonlijke beschermingsmiddelen en het protocol wordt nageleefd. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol voor persoonlijke beschermingsmiddelen, het protocol wordt nageleefd en is de afgelopen drie jaar geëvalueerd |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **5.5 Infectie-preventie: handhygiëne** | "Tijdens de werkzaamheden worden geen ringen, armbanden of polshorloges gedragen". | WIP richtlijn persoonlijke hygiëne 2008. | Het revalidatiecentrum heeft geen protocol handhygiëne medewerkers. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol handhygiëne medewerkers. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol handhygiëne medewerkers en dit is geïmplementeerd. | Het revalidatiecentrum heeft een protocol handhygiëne medewerkers en dit is geïmplementeerd. Het protocol is geëvalueerd in de afgelopen drie jaar. |
| **6.1 Medische technologie: Verantwoordelijkheid CMT** | In het revalidatiecentrum is de portefeuille van medische technologie belegd bij een lid van de Raad van Bestuur. | Convenant veilige toepassing medische technologie | In het revalidatiecentrum is de portefeuille medische technologie niet belegd bij een lid van de Raad van Bestuur. | - | In het revalidatiecentrum is de portefeuille medische technologie belegd bij een lid van de Raad van Bestuur. | - |
| **6.2 Medische technologie: verantwoordelijkheden** | Elk revalidatiecentrum dient te beschrijven bij wie de verantwoordelijkheid met betrekking tot aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van apparatuur en eventuele reservecapaciteit bij falen daarvan zijn belegd. | Convenant veilige toepassing medische technologie | Er is geen verantwoordelijke aangewezen voor aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van apparatuur en eventuele reservecapaciteit bij falen daarvan, zijn belegd. | - | Er is een verantwoordelijke aangewezen voor aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van apparatuur en eventuele reservecapaciteit bij falen daarvan en dit is schriftelijk vastgelegd. | - |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **6.3 Medische technologie: beheerssysteem** | Het revalidatiecentrum heeft een beheersysteem voor alle apparatuur binnen haar instelling die inzicht geeft in onderhoud, storingen, contracten etc. | Convenant veilige toepassing medische technologie | Er is geen beheerssysteem voor medisch technische apparatuur. | - | Er is een beheerssysteem voor medisch technische apparatuur dat inzicht geeft in onderhoud, storingen en contracten. | Er is een beheerssysteem voor medisch technische apparatuur dat inzicht geeft in onderhoud, storingen en contracten.<br>De werking van het beheerssysteem is in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. |
| **6.4 Medische technologie: PRI** | Voor alle medische apparatuur is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd. | Convenant veilige toepassing medische technologie | Er is geen prospectieve risico analyse uitgevoerd voor het laatst aangeschafte medische apparaat. | - | Er is een prospectieve risico analyse uitgevoerd voor het laatst aangeschafte medische apparaat. | - |
| **6.5 Medische technologie: onderhoud apparatuur** | Van de apparatuur is de onderhoudsstatus kenbaar middels een sticker met uiterste onderhoudsdatum. De onderhoudsdatum ligt in de toekomst. | Convenant veilige toepassing medische technologie | Bij het trekken van een steekproef van apparatuur op de bezochte afdeling is de onderhoudsstatus op(enkele) apparaten niet kenbaar middels een sticker met uiterste onderhoudsdatum, of de onderhoudsdatum ligt niet in de toekomst. | - | Bij het trekken van een steekproef van apparatuur op de bezochte afdeling is de onderhoudsstatus kenbaar middels een sticker met daarop een uiterste onderhoudsdatum in de toekomst. | - |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **6.6 Medische technologie: bekwaamheid** | Voor elke medewerker is een registratie van bevoegdheid en bekwaamheid op basis waarvan werkzaamheden worden verricht. | Convenant veilige toepassing medische technologie | Er is geen registratie van bevoegdheid en bekwaamheid voor medisch technologische apparatuur. | - | Voor elke medewerker is een registratie van bevoegdheid en bekwaamheid op basis waarvan werkzaamheden worden verricht. | - |
| **7.1 Medicatie: medicatie overzicht** | Voor elke revalidant is bij opname (en ontslag) een actueel medicatieoverzicht beschikbaar wat geverifieerd is in samenspraak met de revalidant. | Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten | Er is bij opname geen actueel medicatieoverzicht beschikbaar voor elke revalidant. | - | Voor elke revalidant is bij opname een actueel medicatieoverzicht beschikbaar. | Voor elke revalidant is bij opname een actueel medicatieoverzicht beschikbaar wat geverifieerd is in samenspraak met de revalidant. |
| **7.2 Medicatie: EVS** | Het revalidatiecentrum heeft een EVS geïmplementeerd. | Geneesmiddelenwet | Het revalidatiecentrum heeft geen EVS geïmplementeerd. | - | Het revalidatiecentrum heeft een EVS geïmplementeerd. | - |
| **7.3 Medicatie: verantwoordelijke voor beheer en opslag** | Er is een verantwoordelijke aangewezen voor beheer en opslag van medicatie. | Handreiking werkvoorraad | Er is geen verantwoordelijke aangewezen voor beheer en opslag van medicatie. | - | Er is een verantwoordelijke aangewezen voor beheer en opslag van medicatie. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **7.4 Medicatie: routing** | Alle medicatie wordt betrokken van een apotheek. | Handreiking werkvoorraad | Niet alle medicatie wordt betrokken van een apotheek. | - | Alle medicatie wordt betrokken van een apotheek. | - |
| **7.5 Medicatie; overdracht in de keten** | Lokaal protocol "overdracht van medicatiegegevens". | Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten | Er is geen (lokaal) protocol voor medicatie overdracht. | Er is een (lokaal) protocol voor medicatie overdracht. | Er is een (lokaal) protocol voor medicatie overdracht en dit protocol is geïmplementeerd. | Er is een (lokaal) protocol voor medicatie overdracht en dit protocol is geïmplementeerd en geëvalueerd in de afgelopen drie jaar. |
| **7.6 Medicatie: actueel medicatie overzicht** | "Bij elk contact met een zorgverlener is er altijd een actueel medicatie overzicht beschikbaar waar het handelen op wordt gebaseerd" . | Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten | Er is geen actueel medicatie overzicht beschikbaar voor alle revalidanten. | - | Er is een actueel medicatie overzicht beschikbaar voor alle revalidanten. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **7.7 Medicatie: high risk medicatie** | Er wordt gewerkt volgens het VTGM protocol bij het bereiden van high risk medicatie. | Richtlijn VTGM van parenteralia op verpleegafdelingen in het ziekenhuizen, 2009. | Medewerkers zijn niet bekend met de inhoud van het VTGM-protocol.<br><br>De instelling beschikt niet over een adequate werkruimte voor het voor toediening gereedmaken van geneesmiddelen.<br><br>Er vindt geen dubbelcheck plaats bij klaarmaken en toedienen van high risk medicatie. | Medewerkers zijn niet bekend met de inhoud van het VTGM-protocol.<br><br>De instelling beschikt over een adequate werkruimte voor het voor toediening gereedmaken van geneesmiddelen.<br><br>Er vindt een dubbelcheck plaats bij het klaarmaken en toedienen van high risk geneesmiddelen. Dit is niet vastgelegd in een protocol. | Medewerkers zijn bekend met de inhoud van het VTGM-protocol<br><br>De instelling beschikt over een adequate werkruimte voor het voor toediening gereedmaken van geneesmiddelen.<br><br>Er vindt een dubbelcheck plaats bij het klaarmaken en toedienen van high risk geneesmiddelen en dit is vastgelegd in een protocol | Medewerkers zijn bekend met de inhoud van het VTGM-protocol, het protocol is in de afgelopen drie jaar herzien.<br><br>De instelling beschikt over een adequate werkruimte voor het voor toediening gereedmaken van geneesmiddelen vindt een dubbelcheck plaats bij het klaarmaken en toedienen van high riskgeneesmiddelen en dit is vastgelegd in en protocol. Het protocol is in de afgelopen drie jaar herzien. |
| **7.8 Medicatie: opslag** | | | De opslag van medicatie is niet adequaat | | De opslag van medicatie is adequaat | |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **7.9 medicatie: werkvoorraad** | De werkvoorraad voldoet qua assortiment aan de definitie van een werkvoorraad, d.w.z. nodig voor de medische verrichtingen ter plekke en voor noodsituaties.<br><br>De werkvoorraad wordt in een afsluitbare opslaglocatie bewaard en er is een kloppende registratie voor opiaten (traceerbaarheid). | Handreiking werkvoorraad geneesmiddelen, 2011.<br>Opiumwet, 1928. | De werkvoorraad voldoet qua assortiment niet aan de definitie van een werkvoorraad, d.w.z. nodig voor de medische verrichtingen ter plekke en voor noodsituaties.<br><br>De werkvoorraad wordt niet in een afsluitbare opslaglocatie bewaard of/en er is geen een kloppende registratie voor opiaten (traceerbaarheid). | - | De werkvoorraad voldoet qua assortiment aan de definitie van een werk-voorraad, d.w.z. nodig voor de medische verrichtingen ter plekke en voor noodsituaties.<br><br>De werkvoorraad wordt in een afsluitbare opslaglocatie bewaard en er is een kloppende registratie voor opiaten (traceerbaarheid). | - |
| **7.10 medicatie: houdbaarheid** | Bij het trekken van een steekproef worden geen geneesmiddelen aangetroffen waarvan de houdbaarheids-termijn is overschreden. | Kwaliteitswet zorginstellingen<br>Genees-middelenwet | Bij het trekken van een steekproef worden wel geneesmiddelen aangetroffen waarvan de houdbaarheidstermijn is overschreden. | - | Bij het trekken van een steekproef worden geen geneesmiddelen aangetroffen waarvan de houdbaarheidstermijn is overschreden. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **8.1Dossiervoering: volledigheid** | Voor elke revalidant is een compleet, overzichtelijk dossier aanwezig.<br>(compleet = ziektegeschiedenis, medicatie, revalidatiediagnose, revalidatieplan, en doelen, verslagen teambesprekingen, correspondentie en uitslagen van onderzoek) | Algemeen beroepskader<br>wet BIG | Niet iedere revalidant heeft een eigen dossier. | Voor elke revalidant is een dossier aanwezig, maar het dossier is niet overzichtelijk, of informatie ontbreekt. | Iedere revalidant heeft een overzichtelijk, compleet en up to date dossier.<br>(compleet = ziekte-geschiedenis, medicatie, revalidatiediagnose, revalidatieplan, en doelen, verslagen team-besprekingen, correspondentie en uitslagen van onderzoek). | - |
| **8.2 Dossiervoering: bewaartermijn** | "Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. " | WGBO | Dossiers worden niet allemaal 15 jaar bewaard. | - | Alle dossiers worden 15 jaar bewaard en na 15 jaar vernietigd. | - |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **8.3 Dossiervoering: overdracht** | Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. | Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg | De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt niet expliciet plaats en is niet genoteerd in het dossier. | - | De overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats en is altijd genoteerd in het dossier. | - |
| **8. 4 Dossiervoering: Informed consent** | "Op verzoek van de revalidant legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven". | Kwaliteitswet zorginstellingen<br>Handreiking verantwoordelijkheids-verdeling | Toestemming van de revalidant voor ingrijpende verrichtingen is niet in het dossier vastgelegd. | - | Toestemming van de revalidant voor ingrijpende verrichtingen is in het dossier vastgelegd. | - |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **9. 1 Vrijheidsbeperkende maatregelen** | De instelling heeft beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen, de preventie hiervan en alternatieven hiervoor in acute en niet-acute situaties. | Richtlijn "Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de Zorg", CBO 2001. | Het revalidatiecentrum heeft geen beleid vrijheidsbeperkende maatregelen. | - | Het revalidatiecentrum heeft beleid vrijheidsbeperkende maatregelen. | Het revalidatiecentrum heeft beleid vrijheidsbeperkende maatregelen en dit beleid werd in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. |
| **10.1 Samenwerking: hoofdbehandelaar** | "Voor iedere revalidant is duidelijk wie de hoofdbehandelaar is, en wie de coördinatie van zorg op zich heeft genomen". | Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling, KNMG | Voor de revalidant is niet duidelijk wie de zorg coördineert en wie het aanspreekpunt is gedurende de behandeling. | - | Voor iedere revalidant is duidelijk wie de zorg coördineert en wie het aanspreekpunt is gedurende de behandeling. | - |

| **Definitief toetsingskader revalidatie centra** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **10.2 Samenwerking: behandelplan** | "Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt". | Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling, KNMG | Niet alle zorgverleners beschikken over het gezamenlijke behandelplan. | - | Alle zorgverleners beschikken over het gezamenlijke behandelplan. | - |
| **10.3 Samenwerking: verdeling verantwoordelijkheden** | Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt. | Algemeen beroepskader, 2012 | Er is geen samenwerkingsverband met primaire partijen buiten het centrum. | Er is een samenwerkingsovereenkomst met primaire partijen buiten het centrum. | Er is een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met primaire partijen buiten het centrum. | Er is een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met primaire partijen buiten het centrum. Deze overeenkomst is de afgelopen drie jaar geëvalueerd. Ook zijn taken en verantwoordelijkheden in de overeenkomst opgenomen. |

| Definitief toetsingskader revalidatie centra | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Onderwerp** | **Norm** | **Bron** | **Afwezig = norm ontbreekt** | **Aanwezig = norm aanwezig** | **Operationeel = norm aanwezig en geïmplementeerd** | **Geborgd = norm geïmplementeerd en geëvalueerd** |
| **10.4 Samenwerking: Spoedeisende hulp en BMZ** | De instelling heeft een adequate regeling getroffen voor spoedeisende hulp en BMZ conform het advies van de VRA. | Algemeen beroepskader revalidatie en advies van de VRA. | Het revalidatiecentrum heeft geen adequate regeling getroffen voor spoedeisende hulp en BMZ conform het advies van de VRA. | Het revalidatiecentrum heeft een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis voor spoedeisende hulp en BMZ. | Het revalidatiecentrum heeft een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis voor spoedeisende hulp en BMZ, of heeft 24/7 BMZ in de dienst geregeld. | Het revalidatiecentrum heeft een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis voor spoedeisende hulp en BMZ, of heeft 24/7 BMZ in de dienst geregeld. Deze is in de afgelopen drie jaar geëvalueerd. |

# Bijlage 4 Omschrijving beoordelingscategorieën

| | |
|---|---|
| Afwezig | De norm is afwezig en is niet schriftelijk vastgelegd. |
| Aanwezig | De norm is aanwezig, maar niet geïmplementeerd en schriftelijke vastgelegd. |
| Operationeel | De norm is geïmplementeerd en schriftelijk vastgelegd. |
| Geborgd | De norm is geïmplementeerd en schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zo nodig bijstelling. |

# Bijlage 5 Lijst met afkortingen

| | |
|---|---|
| ALS | Advanced Life Support |
| BLS | Basic Life Support |
| BIG | Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg |
| BMZ | Basis Medische Zorg |
| BRMO | Bijzonder resistente Micro organismen |
| CMT | Covenant Medische Technologie |
| CCMS | Central College Medisch Specialismen |
| DOSS | Delier Observatie Screeningsschaal |
| EVS | Elektronisch voorschrijfsysteem |
| HKZ | Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector |
| IGZ | Inspectie voor de Gezondheidszorg |
| JCI | Joint Commission International |
| MRSA | Multi Resistente Staphylococcus Aureus |
| NEN | Nederlandse Norm |
| NFU | Nederlandse Federatie Universitair Medische centra |
| NTA | Nederlands Technische Afspraak |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| PRI | Prospectieve risico analyse |
| RN | Revalidatie Nederland |
| SEH | Spoedeisende hulp |
| VAS | Visueel analoge score |
| VIM | Veilig Incident Melden |
| VMS | Veiligheidsmanagementsysteem |
| VRA | Vereniging Revalidatie Artsen |
| VTGM | Voor toediening gereedmaken |
| WIP | Werkgroep Infectiepreventie |
| WGBO | Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst |
| WKCZ | Wet klachtrecht cliënten zorgsector |
| WKKGZ | Wet kwaliteit klachten en geschillen zorgsector |